

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

E. A. P. DE PSICOLOGÍA

**Relación entre los estilos de personalidad patológica y
la alexitimia en pacientes con antecedentes de intento
suicida**

TESIS

para optar el título profesional de Psicóloga

AUTORA

Jenny Raquel Torres Malca

Lima – Perú

2007

Es más importante conocer que clase de persona tiene una enfermedad,
que conocer que clase de enfermedad tiene una persona.

Hipócrates

DEDICATORIA

A Dios por haberme dado la oportunidad de vivir y la fortaleza espiritual y física ...

A mis padres por estar siempre presentes, más que la vida les debo todo lo que soy ...

A mi hermano por su apoyo ...

A mi asesor por depositar su confianza en mi ...

A mis profesores de la UNMSM, por enseñarme lo maravillosa que puede ser la psicología ...

A mis pacientes, porque cada uno de ellos es una fuente inagotable de sabiduría ...

A ti que me diste el empuje y el coraje necesarios para iniciar este proyecto ...

A mis amigos cercanos y a mis amigos cotidianos ...

A los presentes y a los ausentes, por participar en mi vida ...

AGRADECIMIENTOS

A Dios por la vida y la salud, tanto mía como la de mi familia, y por permitirme compartir con ellos mis sueños y mis logros.

Son muchas las personas especiales a quienes me gustaría agradecer su amistad, apoyo y ánimo en las diferentes etapas de mi vida. La mayoría están conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, pese a que quizá nunca lleguen a leer estas líneas quiero darles infinitas gracias por ser parte de mí.

A mis padres y hermano por su amor, cariño, apoyo y confianza que me ha ayudado a no desanimarme en aquellos momentos difíciles y a seguir adelante y sobretodo por enseñarme la gratificación del trabajo culminado.

A mi asesor, Dr. Luis Miguel Ecurra Mayaute, por la confianza depositada y por su paciencia durante el proceso de aprendizaje que me ha permitido definir y acrecentar mi interés en la investigación, pero sobre todo porque la generosidad de su guía y su consejo han ido más allá de un puro trabajo académico, siendo una experiencia muy positiva poder compartir este trabajo con tan excelente profesional y persona.

A la Universidad Nacional Mayor De San Marcos, por abrirme las puertas en mi formación profesional, a la Facultad De Psicología por el apoyo económico que me brindó para realizar este proyecto, al Instituto De Investigaciones Psicológicas, IIPSI, por aceptar el contenido de la presente.

A mis profesores de la UNMSM, por alentarme en esta travesía, especialmente al Dr. Luis Vicuña Peri, por motivarme a emprender esta investigación y al Dr. Mario Bulnes Bedón, por su entusiasmo al dictar el curso de Taller de Tesis.

Al Hospital Cayetano Heredia, por permitirme realizar esta investigación en sus ambientes.

A los psicólogos amigos del HNCH, por sus largas horas de consejo y amistad.

A mis amigos, por su confianza, por las horas que sacrifique y que supieron entender, en especial a Daniel B., Katty T., Juan Carlos Q., Juan Carlos E., Eva H., Noemí I., Angélica G., Christian S., Marleny J., Aymé B., Nury M., sólo por nombrar alguno.

A mis amigos del HNCH, especialmente a Mitsee M., Nely N., Milagros G., José O., a quienes conocí en mi periodo de internado y me brindaron el cariño y amistad de toda una vida, y a quienes redescubrí en el siguiente año, Enrique R., Michel L. y Joe L., por su constante apoyo.

A mi amigo a la distancia, Daniel Cruz, por sus palabras de aliento e interés por mis logros, que siempre llegaban a tiempo.

Al Psic. Pedro Castro, quien me brindó su apoyo y desinteresada ayuda.

A la Dr. Maria M Casullo y al Dr. Roberto Sánchez quienes me facilitaron materiales para aclarar mis dudas.

A mis compañeros de estudios por su interés en los avances de mi investigación.

Si bien no he podido nombrar a todos los que me ayudaron y alentaron pido francamente se sientan incluidos en este trabajo que también es suyo.

RESUMEN

Relación Entre Los Estilos De Personalidad Patológica Y La Alexitimia En Pacientes Con Antecedentes De Intento Suicida.

El estudio tiene como objetivo establecer si existe relación entre los estilos de personalidad patológica y la alexitimia en pacientes con antecedentes de intento suicida; empleando un diseño correlacional, el muestreo es no probabilístico intencional; la muestra estuvo conformada por 49 pacientes con antecedentes de intento suicida, con edades entre 17 y 25 años. Los instrumentos de recojo de información son Ficha de datos sociodemográficos, Inventario Clínico Multiaxial de Millon MCMI II y TAS 20.

El análisis estadístico se realizó en tres etapas, psicométrico para evaluar la validez y confiabilidad del TAS 20, descriptivo de las variables estudiadas y correlacional para contrastar las hipótesis planteadas.

En los resultados se hallaron correlaciones estadísticamente significativas entre los estilos de personalidad patológica y la alexitimia, tales como esquizoide, evitativo, histriónico, autoderrotista y esquizotípico. Los estilos de personalidad con mayor frecuencia en cuanto al acto suicida son quienes combinan rasgos evitativos, negativistas, antisociales y dependientes, y rasgos límites o una combinación de rasgos límites y esquizotípicos. La escala de Alexitimia de Toronto presenta adecuados indicadores psicométricos en nuestro medio.

Los resultados obtenidos confirman la relación entre diversos estilos de personalidad patológica y la alexitimia en una muestra de pacientes suicidas.

PALABRAS CLAVES: Estilos de Personalidad Patológica, Alexitimia, Intento de Suicidio, MCMI II, TAS 20.

ABSTRACT

Relation Between The Styles Of Pathological Personality And Alexithymia In Patients With Attempt Of Suicide Antecedents.

The study has like objective establish if relation between the styles of pathological personality and alexithymia in patients with antecedents on suicidal attempt exists; for which a correlational design was used, as well as an intentional nonprobability sampling; the sample was conformed by 49 patients to antecedents on suicidal attempt, ages between the 17 and 25 years. Between the instruments to gather information appear: card of social demographics dates, Clinical Inventory Multiaxial of Millon MCMI II and TAS 20.

The statistical analysis was made in three stages, psychometric to evaluate the validity and trustworthiness of TAS 20, descriptive of the variables studied and correlational to contrast the raised hypotheses.

In the results has founded statistically significant correlations between the styles of pathological personality and alexithymia, such as schizoid, evitative, histrionic, and schizotypal. The personality styles a greater frequency in the suicide act are those that combine evitative, negativistic, antisocial and dependent characteristics, as well as those with characteristics limits or a combination of limits and esquizotípicos characteristics. The scale of Alexitimia of Toronto presents a suitable trustworthiness and validity in our means.

The results obtained confirm the existence of relations between diverse styles of pathological personality and alexithymia in a sample of suicidal patients.

KEY WORDS: Styles of Pathological Personality, Alexithymia, Attempt of Suicide, MCMI II, TAS 20.

ÍNDICE

	<i>PAG.</i>
INTRODUCCIÓN	8
ÍNDICE	11
ÍNDICE DE TABLAS	17
ÍNDICE DE FIGURAS	19
 CAPÍTULO I	
 PLANTEAMIENTO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	21
1.1. Planteamiento del problema	21
1.2. Delimitación de objetivos	26
1.2.1 objetivo general	26
1.2.2. Objetivos específicos	26
1.3. Justificación del problema	27
1.4. Limitaciones de la investigación	29
 CAPÍTULO II	
 MARCO TEÓRICO	30
2.1. Bases conceptuales	30
2.1.1 Personalidad	30

2.1.1.1. Modelo del aprendizaje biosocial de Theodore Millon	32
2.1.1.2. Modelo evolutivo de Theodore Millon	37
2.1.2. Trastorno de personalidad	44
2.1.2.1. Etiología de los trastornos de la personalidad	49
2.1.2.2. Clasificación de los trastornos de la personalidad	58
2.1.3. Estilos de personalidad patológica	65
2.1.3.1. Personalidades con dificultades para el placer	65
a. Trastorno esquizoide de la personalidad	66
b. Trastorno de la personalidad por evitación	67
c. Trastorno depresivo de la personalidad	68
2.1.3.2. Personalidades con problemas interpersonales	69
d. Trastorno de la personalidad por dependencia	69
e. Trastorno histriónico de la personalidad	70
f. Trastorno narcisista de la personalidad	71
g. Trastorno antisocial de la personalidad	73
2.1.3.3. Personalidades con conflictos intrapsíquicos	74
h. Trastorno sádico de la personalidad	74
i. Trastorno compulsivo de la personalidad	76
j. Trastorno negativista de la personalidad	77
k. Trastorno masoquista de la personalidad	79
2.1.3.4. Personalidades con déficits estructurales	80
l. Trastorno esquizotípico de la personalidad	81
m. Trastorno límite de la personalidad	82
n. Trastorno paranoide de la personalidad	84
o. Trastorno de la personalidad descompensada	85

2.1.4. Afectividad	87
2.1.5. Alexitimia	89
2.1.5.1. Signos asociados con la alexitimia	94
2.1.5.2. Evolución histórica del concepto de alexitimia	95
2.1.5.3. Teorías etiológicas de la alexitimia	97
a. Neuropsicológico	97
b. Psicodinámico	99
c. Sociocultural	100
2.1.5.4. Alexitimia y variables de la personalidad	100
2.1.5.5. Alexitimia y cultura	103
2.1.5.6. Evaluación de la alexitimia	107
2.1.6. Suicidio	110
2.1.6.1. Concepto y clasificación de las conductas suicidas	111
2.1.6.2. Evolución histórica del suicidio	113
2.1.6.3. Teorías etiológicas del suicidio	116
2.1.6.4. Epidemiología del suicidio	119
2.1.6.5. Factores de riesgo suicida y parasuicida	124
2.1.6.6. Evaluación del riesgo suicida y parasuicida	129
2.2. Investigaciones antecedentes	130
2.2.1. Investigaciones nacionales	130
2.2.2. Investigaciones internacionales	135
2.3. Definición de conceptos	147
2.3.1. Estilos de personalidad patológica	147
2.3.2. Alexitimia	150
2.3.3. Intento suicida	150

2.4. Hipótesis	151
2.4.1. Hipótesis general	151
2.4.2. Hipótesis específicas	151

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA 152

3.1. Tipo y método de estudio	152
3.2. Diseño de la investigación	153
3.3. Población de estudio	153
3.3.1. Universo muestral	153
3.3.2. Población objetivo	154
3.3.3. Determinación de la muestra	154
a Tamaño de la muestra	154
b Procedimiento de muestreo	155
c Criterios de selección de la muestra	155
3.3. 4. Composición de la muestra	156
3.4. Variables de investigación	158
3.4.1. Para el diseño correlacional	160
3.4.2. Para el diseño comparativo	162
3.5. Instrumentos de medición y de recolección de datos	163
3.5.1. Ficha de datos sociodemográficos.	163
3.5.2. Escala de Alexitimia de Toronto TAS-20.	165
3.5.3. Inventario Clínico Multiaxial de Millon. MCMI II	167

4.1.4.7. Estudio de los indicadores de la alexitimia en función del motivo del intento suicida	200
4.1.4.8. Estudio de la distribución de la muestra de acuerdo a la edad y el motivo del intento suicida	201
4.2. Discusión	202
 CAPÍTULO V	
 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	217
5.1. Conclusiones	217
5.2. Recomendaciones	221
 REFERENCIAS	223
 ANEXOS	235
ANEXO A Datos Sociodemográficos.	236
ANEXO B Escala de Alexitimia de Toronto TAS-20.	238
ANEXO C Inventario Clínico Multiaxial de Millon. MCMI II.	240
ANEXO D Constancia emitida por el Comité Institucional de Ética en la Investigación del Hospital Nacional Cayetano Heredia.	248
ANEXO E Consentimiento Informado	250

Índice De Tablas

Tabla 1. Lista criterio multidimensional para los trastornos de la personalidad.	86
Tabla 2. Instrumentos de evaluación de la alexitimia.	107
Tabla 3. Tasas de muerte por suicidio por 100 000 habitantes según sexo y por sub regiones alrededor de 1994.	122
Tabla 4. Intento vs. Suicidio consumado: factores demográficos.	125
Tabla 5. Distribución de la muestra evaluada para la validación de la TAS 20 según sexo y edad.	159
Tabla 6. Análisis de los ítems y confiabilidad de la TAS 20 por método de consistencia interna.	176
Tabla 7. Análisis de los ítems y confiabilidad del factor 1 de la TAS 20.	178
Tabla 8. Análisis de los ítems y confiabilidad del factor 2 de la TAS 20.	178
Tabla 9. Análisis de los ítems y confiabilidad del factor 3 de la TAS 20.	179
Tabla 10. Análisis de la validez de constructo de la TAS 20 a través del análisis factorial exploratorio.	180
Tabla 11. Baremos por rango percentilar de la TAS 20.	181
Tabla 12. Diagnostico a partir de percentiles de la TAS 20.	182
Tabla 13. Análisis de bondad de ajuste a la curva normal de la TAS 20.	182
Tabla 14. Análisis de bondad de ajuste a la curva normal del MCMI II.	183
Tabla 15. Matriz de correlaciones entre el TAS 20 y el MCMI II.	184

Tabla 16. Distribución de la muestra por motivo para cometer intento de suicidio.	187
Tabla 17. Distribución de la muestra por método para cometer intento de suicidio.	187
Tabla 18. Distribución de la muestra de acuerdo a la preparación para cometer intento de suicidio.	188
Tabla 19. Distribución de la muestra de acuerdo a la presencia de nota suicida.	188
Tabla 20. Distribución de la muestra por el propósito para cometer intento de suicidio.	189
Tabla 21. Distribución de la muestra por la actitud frente el vivir o cometer intento de suicidio.	189
Tabla 22. Distribución de la muestra de acuerdo al grado de premeditación para cometer intento de suicidio.	190
Tabla 23. Distribución de la muestra de acuerdo a la reacción frente al intento de suicidio.	190
Tabla 24. Distribución de la muestra en función del número de intentos suicidas previos.	191
Tabla 25. Distribución de la muestra en función del tiempo de la ideación suicida.	191
Tabla 26. Matriz de correlaciones entre el MCMI II y entre factores del TAS 20.	192
Tabla 27. Matriz de correlaciones entre los síndromes clínicos evaluados por el MCMI II y la alexitimia.	195
Tabla 28. Distribución de la muestra de acuerdo a los estilos de personalidad y sexo.	197
Tabla 29. Distribución de la muestra de acuerdo a los estilos de personalidad graves y sexo.	198

Tabla 30. Distribución de la muestra de acuerdo al diagnóstico en el TAS 20 y el sexo.	199
Tabla 31. Distribución de la muestra de acuerdo al motivo del intento suicida y el diagnóstico del TAS 20.	200
Tabla 32. Distribución de la muestra de acuerdo a la edad, el sexo y el motivo del intento suicida.	201

Índice De Figuras

Figura 1. Áreas de vulnerabilidad del modelo de superposición.	118
Figura 2. Distribución de la muestra evaluada según el lugar de captación.	155
Figura 3. Distribución de la muestra evaluada según sexo.	157
Figura 4. Distribución de la muestra evaluada según edad.	157
Figura 5. Distribución de casos de intento de suicidio según estado civil.	158
Figura 6. Distribución de la muestra evaluada según el grado de instrucción.	158
Figura 7. Distribución de la muestra evaluada según la ocupación.	159

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un problema de salud pública que se presenta tanto en países desarrollados como en los llamados del Tercer Mundo, como el nuestro. Día tras día, el número de personas que toman la decisión de quitarse la vida se incrementa de manera alarmante, dejando tras sí sentimientos de dolor y angustia en quienes lograron sobrevivir a esta conducta y sobretodo en los familiares o en el círculo más cercano de amigos. Ante la magnitud de esta problemática, en los últimos años se ha incrementado el número de estudios orientados a evaluar variables psicológicas que permitan una mejor comprensión de los factores que predisponen a un ser humano a tomar tan dramática decisión.

Las estadísticas señalan un incremento en el número de personas que realizan estas conductas, siendo los grupos de edades más vulnerables a realizar tal conducta los adolescentes y los adultos jóvenes, lo cual demuestra la importante necesidad de la prevención de estos actos, para lo cual es fundamental el conocimiento de los factores involucrados en la conducta suicida.

Diversas investigaciones intentan trazar un perfil sociodemográfico del paciente suicida y algunas otras van más allá intentando descubrir cuáles son los rasgos de personalidad más frecuentes en estos pacientes. Tal intento abre la interrogante de si la alexitimia, es decir, la dificultad en la identificación y la expresión de las emociones pudiese influir de alguna manera y presentar alguna relación con los estilos de personalidad.

Con esta base, el problema de estudio se centró en establecer el modo en que determinados estilos de personalidad patológica presentan relación con la alexitimia en los pacientes con antecedentes de intento suicida.

Por lo tanto, la evaluación de los estilos de personalidad patológica y de la alexitimia, permitiría distinguir aquellos sujetos que requieren una intervención psicológica especializada y formular recomendaciones prácticas al respecto.

El estudio del problema planteado fue desarrollado siguiendo una secuencia lógica, de la base teórica a la aplicación práctica, que presenta de la siguiente manera:

En el Capítulo I se presenta el planteamiento del estudio, que abarca la formulación del problema, los objetivos de esta investigación, la justificación del estudio, así como sus limitaciones.

El Capítulo II contiene el marco teórico en el que se basó este trabajo, en función de las variables de estudio, las investigaciones antecedentes, tanto nacionales como internacionales, así como las definiciones conceptuales de las variables, además de la formulación de las hipótesis de trabajo para la presente investigación.

En el Capítulo III se presenta una descripción del método empleado, el tipo y diseño de investigación, características de los participantes del estudio indicando los criterios de inclusión y exclusión, el tamaño de la muestra y el procedimiento de muestreo.

Describe asimismo, las variables del estudio y sus definiciones operacionales, así como los instrumentos de medida utilizados, incluye la ficha técnica, descripción, procedimiento de construcción, criterios de validez y confiabilidad, normas de aplicación y calificación de cada

una de las pruebas empleadas. Finalmente, este capítulo hace referencia al procedimiento de recolección de datos y a las técnicas con que fueron procesados y analizados.

En el Capítulo IV se presentan los resultados obtenidos a través del análisis de los datos. En primer lugar, se describe el estudio psicométrico de la Escala de Alexitimia de Toronto TAS 20, validada para la presente investigación, luego se detalla el análisis descriptivo de los instrumentos utilizados, así como las correlaciones obtenidas entre las variables de investigación. Más adelante se exponen los resultados complementarios, que abarcan los datos obtenidos de la Ficha Sociodemográfica, y se finaliza con la exposición de otros hallazgos de la investigación.

Este capítulo se expone la contrastación de las hipótesis que se plantearon en el estudio y la discusión de los resultados, así como las concordancias y discrepancias respecto a investigaciones previas.

Por último, en el Capítulo V se presentan las conclusiones a las que se arribó a partir del análisis de los resultados, así como las recomendaciones que derivaron del estudio.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El suicidio es un problema social que cada día cobra un número importante de vidas, a tal punto que actualmente se ha convertido en una de las principales causa de muerte en diversas naciones entre la que se incluye la nuestra (De la Fuente, 1996; Organización Panamericana de la Salud, 2002; Mosquera del Águila, 2003; Madrigal de León, 2004; Minayo y Piaggio, 2005 y el Ministerio de Salud, MINSA, 2006).

El conocer realmente la magnitud de este hecho es un reto debido a que pocos países presentan datos fidedignos sobre el comportamiento suicida no mortal, la razón primordial reside en la dificultad para recopilar la información. Sólo una minoría de los que intentan suicidarse acude a algún establecimiento de salud para recibir atención médica. Además, en diversos países, la tentativa de suicidio es un delito penado y, por consiguiente, no se registran los casos.

Al respecto algunas investigaciones informan que aproximadamente el 25% de los casos hacen contacto con algún hospital y esto casos no son necesariamente los más graves. De ahí que los casos informados sean simplemente la punta del iceberg, ya que la mayoría de las personas suicidas siguen pasando inadvertidas (Saíz, González, Cocaña y Bobes, 1998; Miró, 2002; y la Oficina Sanitaria Panamericana de la Organización Panamericana de la Salud en conjunto con la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 2002, 2003).

Tal como señala De la Fuente (1996), muchas veces se oculta un suicidio para evitar la estigmatización de la persona que lo comete o de la familia, por conveniencia social, razones políticas, para beneficiarse de pólizas de seguro, o porque la persona que comete el suicidio deliberadamente lo hace parecer un accidente, llegando incluso a clasificarse equivocadamente como defunciones por causas indeterminadas de muerte o causas naturales.

En nuestra sociedad, el Consejo Nacional de la Juventud, CONAJU (2006), señala que el derecho a la salud es parte fundamental de los derechos humanos y el estado debe garantizarlo para todos los grupos poblacionales. Esta tarea cobra especial urgencia en cuanto a la salud de los jóvenes y adolescentes peruanos, cuya situación se encuentran asociada a conductas de riesgo, derivadas de situaciones de abandono y negligencia social. Estas situaciones de riesgo se expresan en suicidios, violencia sexual, familiar y social, disfunciones psicológicas, problemas de salud mental, embarazos no deseados, abortos, infecciones de transmisión sexual, entre otros.

Los factores que predisponen al suicidio son también complejos, la personalidad juega un papel importante, así como los trastornos y enfermedades mentales. Las estadísticas referidas al suicidio e intento suicida, tal como señalara De La Fuente en 1996, nos brindan una idea de la extensión del fenómeno, pero no informan acerca de los procesos

que lo predisponen y conducen a su realización, fenómeno que es un acto individual en el que intervienen, en diferentes grados la intención y la voluntad, y en el que la soledad y la pérdida de esperanza son esenciales.

Un acto suicida puede ser una reacción impulsiva que se desencadena tras una crisis, caso común entre los adolescentes, mientras que en otros es la culminación de un largo historial de inestabilidad y desorganización personal. Además, existen aquellos en quienes el acto suicida es una afirmación suprema de la dignidad humana, la autoinmolación en nombre de la calidad de la vida de los demás, otros que son el gesto arrogante de someter a la propia voluntad el momento y la forma de morir (De la Fuente, 1996).

Un aspecto importante, tras algún acto suicida, es el sentimiento de culpa, amargura y sufrimiento que puede persistir por el resto de sus vidas, en sus parientes o amigos más cercanos (De la Fuente, 1996). Esta afección trasciende lo emocional llegando a afectar también social y económicamente, se estima que los costos económicos asociados a la muerte por suicidio o con lesiones autoinflingidas suman miles de millones de dólares al año (Organización Panamericana de la Salud, 2002).

Blumental, referido por Carbonell y González (1998), a través de su modelo de sobreposición es que intenta dar a conocer cuales son las áreas de vulnerabilidad que harían que una persona sea propensa a realizar un acto suicida.

Este modelo no representa únicamente factores de riesgo, sino también esferas de vulnerabilidad, por tanto, engloba, además, un carácter preventivo en cuanto a las esferas de flexibilidad cognitiva, esperanza, sólidos respaldos sociales y tratamiento adecuado actuarían como una barrera frente a la conducta suicida.

Cada una de las áreas que señala Blumental lo asemejan a la evaluación a través del enfoque multiaxial, el cual contempla los factores que causan, contribuyen y perpetúan los síntomas concretos, a la vez que orienta sobre el desarrollo de la psicopatología, tal como señalan Millon y Davis (2001).

Por tanto, hablar de rasgos de la personalidad como uno de los puntos claves para intentar entender un acto lesivo, cobra importancia, debido a que el concepto de persona es fundamental para lograr comprender los fenómenos psicológicos. De Miguel (2000) y Millon y Davis (2001, 2003), reconocen que la personalidad no se limita a un rasgo o aspecto, sino que engloba la totalidad de las características de la persona, coincidiendo con una evaluación de corte multiaxial.

Para estos autores el término de trastorno de la personalidad es ajeno al concepto de enfermedad siendo referidos como estilos de personalidad poco adaptativos o patológicos, que provocan deficiencias o conflictos en la capacidad que tiene el individuo para relacionarse con su ambiente y cuyas características básicas serían la presencia de una frágil estabilidad frente a situaciones de estrés, la inflexibilidad adaptativa y la formación de círculos viciosos. La personalidad, por tanto, se desarrolla en base a un continuun, en el cual ejerce el papel de fiscalizadora la sociedad en la cual nos desenvolvemos, ya que la mejor definición de normalidad es aquella que se muestra acorde con los comportamientos y costumbres propias de cada grupo o cultura.

El actual interés por el mundo de las emociones, permite indagar sobre su patología, siendo una de ellas el concepto de la alexitimia, la dificultad para identificar y describir sentimientos y en elaborar fantasías, más que como un estado, un rasgo estable de la personalidad, este concepto ha sido revisado en diversas investigaciones en cuanto a su relación con diversos trastornos somáticos y psicopatológicos, siendo incluso útil para

evaluar la adherencia al tratamiento Martínez-Sánchez y Marín (1997) y Sivak y Wiater (1997).

Un estudio de las emociones, en especial de la alexitimia posee un carácter cultural, por tanto, es que toman importancia diversas investigaciones transculturales en países tales como Japón, China o Corea, donde existen prohibiciones culturales para compartir los problemas personales a personas ajenas del grupo primario de pertenencia, dato que al desconocer en la práctica clínica podría llevar a considerar a una persona como alexitímica cuando tal vez no sea así (Sivak y Wiater, 1997). A lo que Ulich, hacia 1985, añade que si las tradiciones culturales imponen en sus miembros una inhibición demasiado fuerte de sus emociones, el porcentaje de suicidios sería elevado.

En cuanto a los factores psicosociales y ambientales, observamos que nuestro país no es ajeno a elevados índices de violencia familiar, situaciones de riesgo, dificultades económicas, padecimiento de enfermedades, razones más que suficientes para algunos para pensar en una solución drástica a estos problemas e incluso es conveniente reconocer que algo común en los intentos de suicidio es la ambivalencia entre el vivir y el morir, de ahí que el intento de suicidio se haga en situaciones en las que es posible recibir ayuda, siendo considerado el intento como *una petición desesperada de recibir ayuda*, donde el sujeto pretende que los demás se percaten de lo desesperante de su situación (Alegre, 1999; Durand, 1999 y Otarola, 1999).

Pese a esto, cualquier intento de suicidio debe ser visto con preocupación, ya que aquellos que han realizado algún intento de suicidio suelen intentarlo nuevamente y finalmente tener éxito (De la Fuente, 1996). A lo que Lemos (2000), detalla que los intentos de suicidio plantean un problema especial que es el riesgo de la repetición, a diferencia de las enfermedades infecciosas que crean un periodo de inmunidad, las

tentativas de suicidio facilitan la realización de nuevos intentos, en especial tras los primeros meses que le siguen a la tentativa.

Lo alarmante del acto suicida es que tal como señalan Santo-Domingo, Baca, Carrasco y García-Camba (2002), las tasas de suicidio se están incrementando de manera rápida entre los jóvenes, quienes, además, realizan más intentos de suicidio que la gente mayor (Fonseca, 2004).

El intentar conocer cual es la relación existente entre los diversos estilos de personalidad poco adaptativos y la alexitimia en un grupo de pacientes que presentan antecedentes de intento suicida hace posible la formulación del siguiente problema de investigación:

¿Existe relación entre los estilos de personalidad patológica y la alexitimia en pacientes con antecedentes de intento suicida?

1.2. DELIMITACIÓN DE OBJETIVOS

1.1.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer si existe relación entre los estilos de personalidad patológica y la alexitimia en pacientes con antecedentes de intento suicida.

1.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Describir los estilos de personalidad patológica que mantengan relación con la alexitimia.
- b. Describir los estilos de personalidad patológica que mantengan relación con el intento suicida.

- c. Describir las características de la alexitimia en los pacientes con antecedentes de intento suicida
- d. Identificar los datos sociodemográficos del paciente suicida.
- e. Analizar la relación que existe entre los factores que componen la alexitimia y los estilos de personalidad patológica.
- f. Evaluar la relación entre los síndromes clínicos evaluados y la alexitimia.
- g. Analizar los estilos de personalidad patológica en función al motivo del intento suicida.
- h. Analizar los indicadores de la alexitimia en función al motivo del intento suicida.
- i. Estudiar la confiabilidad de la Escala de Alexitimia TAS 20
- j. Estudiar la validez de la Escala de Alexitimia TAS 20
- k. Elaborar los baremos de la Escala de Alexitimia TAS 20

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En términos de mortalidad juvenil, los registros del Ministerio de Salud, MINSA, (2006), presentan información debido a tipos de causas de muerte, por violencia y por causas internas, pese a esto, existen diversos problemas en cuanto a esta fuente. Por un lado se observan frecuentes casos de sub-registro, muertes que no son registradas; por otro lado, es frecuente en provincias que en muchas muertes cuya causa sea considerada como *ignorada* no sea posible establecer los verdaderos causales del deceso.

Al respecto de las muertes generadas por causa violenta, las más importantes son las que se relacionan con accidentes, suicidios y agresiones. De acuerdo con el CONAJU (2006), en el año 2003, el 60.3% de muertes violentas son a raíz de accidentes de tránsito, un 23.3% fueron producto de agresiones, mientras que un 16.4% generadas por lesiones autoinflingidas intencionalmente.

El suicidio se convierte año tras año en la solución más oportuna a aquellas personas que han agotado sus recursos para afrontar situaciones conflictivas.

En el medio hospitalario el sujeto suicida es objeto de discriminación y rechazo particular y violento debido al problema frente a la muerte. El no reconocer el valor comunicativo puede empujar al individuo más allá en su desesperación y aumentar así el peligro de suicidio.

Tal como señalan Tuesca y Navarro (2003), el identificar las características personales de los que realizan alguna conducta suicida, así como determinar los factores de riesgo asociados según las variables personales tales como sexo, edad, conflictos familiares o de pareja, entre otros, permiten fortalecer estrategias en promoción de la salud mental y prevención del suicidio contando con el apoyo interdisciplinario de otros profesionales.

A través de la presente investigación se podrá reconocer el tipo de relación que existe entre el tipo de personalidad patológica y la alexitimia en pacientes con antecedentes de intento suicida en nuestro medio.

La información obtenida facilitará el trabajo de personal de salud mental para tratar a los pacientes que presentan dichas características, además, facilitará la implementación de programas y talleres con fines terapéuticos.

Se obtendrá un instrumento que evalúe la alexitimia y que tenga validez y confiabilidad que podrá ser utilizados por psicólogos clínicos en nuestro medio.

Por tanto, cobra relevancia tomar atención a definir acciones que permitan no simplemente detectar los daños y curar las enfermedades que esta población presenta, sino fundamentalmente desarrollar capacidades para enfrentar las situaciones de riesgo.

1.4. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Limitación en cuanto al acceso a la muestra para la investigación, como se ha señalado anteriormente el número de intentos suicidas registrados y que requieren atención hospitalaria es mínimo en comparación a la realidad.

Según el tipo de muestreo utilizado; en este caso fue no probabilístico y con criterio de espera, que no es representativo de la población, lo cuál indica que no es posible generalizar los resultados obtenidos en la investigación, es decir, tiene una validez externa limitada, debido a que corresponden a una pequeña porción del universo muestral.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. BASES CONCEPTUALES

2.1.1. PERSONALIDAD

Desde el punto de vista histórico la palabra personalidad se deriva del término griego *persona* la que representaba la máscara utilizada por los actores de teatro sugiriendo una pretensión de apariencia, es decir, la posesión de otros rasgos, además, que aquellos que le pertenecían a aquel que estaba debajo de la máscara, con el tiempo ésta significación perdió el sentido de ilusión y cogió representaciones de la persona real, sus características aparentes, explícitas y manifiestas. En adelante el término personalidad va mas allá de lo apreciado en la superficie y se centra en las características psicológicas internas, ocultas y poco aparentes de los individuos (Millon y Davis, 2003).

La personalidad para Muñoz (1986) constituye el nivel de integración más evolucionado y perfecto de todo lo que existe, remarcando la complejidad que esta presenta “no

solamente por sus características propias y únicas, sino también porque en ella se resumen, se sintetizan y confluyen todos los niveles de organización que han existido a lo largo de la evolución del ser humano” (p. 30).

Una definición de personalidad, tal como lo señalara Phares, referido por Morris (1992), lo constituye el patrón de pensamientos, sentimientos y comportamientos que persiste a lo largo del tiempo y de las situaciones, y que distingue a las personas.

Morris (1992, p. 354), luego añade “La personalidad: (1) Es nuestro sello psicológico personal: los comportamientos, actitudes, motivos, tendencias, puntos de vista y emociones con que reaccionamos ante el mundo; y (2) Persiste a través del tiempo y de las situaciones”. Según Turó (1997), la personalidad abarca el conjunto de rasgos que definen la manera habitual como un individuo se comporta en diferentes situaciones o con relación a ciertos estímulos. Mediante la descripción de estos rasgos es como se identificará a un individuo de los otros que presenten distintos rasgos.

Schultz y Schultz (2002) coinciden con aquellos autores que señalan que al utilizar el término personalidad, se referirían a las características que perduran ya que solemos suponer que es relativamente estable y predecible, pese a esto luego añade que la personalidad en sí no es rígida e inmutable, sino que podría variar de acuerdo a la situación vivida.

Hacia el 2001, Millon y Davis, refieren “la personalidad es lo que nos hace como somos, y también lo que nos hace distintos de los demás” (p. 2).

El uso contemporáneo del término personalidad es el que le sigue:

Patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizajes, y en última instancia comprenden el patrón

idiosincrásico de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo (Millon y Davis, 2003, p. 4).

A lo que añade “Cada individuo posee un pequeño grupo de rasgos primarios que persisten en el tiempo y en distintas situaciones y muestran un alto grado de consistencia y estabilidad. A estas características es a las que nos referimos cuando hablamos de personalidad” (p. 36).

Millon y Davis (2003) señalan que la personalidad ha sido abordada a través de dos grandes perspectivas, así se observa la perspectiva nomotética o centrada en el constructo, no individual, a través de la cual la personalidad se describe en términos de desviación de las puntuaciones individuales de la media del grupo, señalando a esta como un fenómeno integrado. A su vez existe la perspectiva ideográfica, en la que se señala la idea que la individualidad es el resultado de una historia única de transacciones entre factores biológicos y contextuales, recordando que la personalidad no es sólo lo que hace que cada persona sea persona, sino lo que hace que cada persona sea distinta a los demás. Más adelante propone una perspectiva integradora la cual busca reunir ambas tradiciones, así señala que estos deberían integrarse de tal manera que no sólo se cuente con un conocimiento de cada constructo de la personalidad y su relación con otros a través de todos los ámbitos de la personalidad, sino, además, un conocimiento profundo del universo de mecanismos transaccionales a través de los cuales las personalidades individuales se transforman durante su desarrollo.

2.1.1.1. Modelo del Aprendizaje Biosocial de Theodore Millon

A través de este modelo Millon, hacia 1969, intenta generar las categorías de personalidad ya establecidas y reconocidas a partir de la deducción formal, a la vez que mostrar su covariación con otros trastornos mentales (Millon y Davis, 2001, 2003).

Por medio de esta teoría es que Millon remarca la importancia no sólo de las variables organísmicas sino además de la experiencia en el desarrollo de la personalidad y de la psicopatología, señalando que estas interacciones persona-ambiente empiezan desde el momento de la concepción y se mantienen a lo largo de la vida. Así es como los factores biológicos pueden configurar, facilitar o limitar la naturaleza de las experiencias y aprendizajes de la persona de varias maneras.

Esta teoría sostiene que esta interacción no es unidireccional, es decir, los factores biológicos preceden e influyen en aprendizajes posteriores, sino que también puede ser de orden inverso, sobretudo en etapas iniciales del desarrollo; así la maduración biológica depende en gran parte de las experiencias favorables que se tengan con el entorno, debido a que los niños evocan reacciones en los demás que acentúan tales disposiciones biológicas.

En base a la teoría del aprendizaje social es que Millon redescubrió los conceptos señalados por Heymans y Wiersma, Mc Dougall, Meumann, Kollarits, Freud y otros autores, quienes detallaron las dimensiones de actividad-pasividad, sujeto-objeto y placer-dolor (Garibay, 2002).

Así es como hacia 1969 Millon (referido por Millon y Davis 2001, 2003), basa su teoría en estas dimensiones, y de las cuales derivó patrones de personalidad de afrontamiento que correspondían a cada trastorno de personalidad considerados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III), tercera edición; detallando que:

Estos patrones de afrontamiento eran concebidos como formas complejas de comportamiento instrumental, es decir, formas de conseguir un refuerzo positivo y de evitar una estimulación aversiva. Estas estrategias reflejan el tipo de refuerzo que las personas aprenden a perseguir o evitar (placer-dolor), dónde intentan obtenerlo (el sí mismo-los otros) y cómo han aprendido a comportarse para educirlo o escapar a él (actividad-pasividad). Mediante la combinación de la naturaleza (positiva o placer frente a negativa o dolor), el origen (el Sí mismo

frente a los otros) y los comportamientos instrumentales (activos frente a pasivos) implicados en la consecución de los distintos refuerzos (Millon y Davis, 2003, p. 71).

Las dimensiones consideradas para la formulación de su teoría son las siguientes:

- a. Dimensión Placer-Dolor: El ser humano presenta motivaciones que apuntan hacia acontecimientos que le son atractivos o reforzadores positivos frente a la tendencia a alejarse de los que son aversivos o que refuerzan negativamente.
- b. Dimensión Actividad-Pasividad: Corresponde al tipo instrumental de obtención de refuerzo, ya sea de forma activa en la cual la persona se muestra alerta, vigilante, persistente, decidida y ambiciosa en cuanto a sus comportamientos intencionales. La forma pasiva en cuanto a la obtención del refuerzo se refiere a aquellos que usan pocas estrategias manipulativas para conseguir sus fines.
- c. Dimensión Sí mismo-Otros: Considera que las personas se diferencian en función de si encontraban su refuerzo en sí mismos o en los demás, lo que podría ser considerado los patrones dependiente e independiente, o también de forma ambivalente o desvinculada.
 - Dependientes. Se refiere a aquellos quienes aprendieron que es mejor conseguir de los demás los sentimientos asociados con el placer o evitación del dolor.
 - Independientes. Personas caracterizadas por su autoconfianza, son quienes aprendieron que consiguen el máximo placer y mínimo daño si dependen de sí mismos que de los demás.
 - Ambivalentes. Aquellos que se encuentran en permanente conflicto respecto a si depender de sí mismo o de los demás para la consecución de refuerzo. Estos a su vez se dividen en aquellos que oscilan entre dirigirse hacia los demás, adaptándose ocasionalmente y volviéndose hacia sí mismos intentando ser

independientes; y aquellos que presentan una franca dependencia y sumisión pero que debajo de este comportamiento aparentemente conformista, muestran deseos marcados de afirmación e independencia, así como sentimientos e impulsos hostiles.

- Desvinculados. Personas que presentan un déficit de su capacidad para sentir los refuerzos placenteros, por tal razón son incapaces de experimentar las recompensas sean producto de sí mismos o de los demás, y fluctúan entre el aislamiento social y comportamientos de alineación. Estos también se bifurcan en aquellos que además de esta carencia para experimentar el placer o dolor, no muestran la necesidad habitual para obtener refuerzos positivos o la necesidad normal para evitar el castigo; el otro grupo es aquel que presenta una incapacidad para experimentar los refuerzos placenteros, aunque suelen ser extremadamente sensibles o hiperreactivos al dolor, concibiendo la vida como poco gratificante y angustiosa.

Así es a partir de estas polaridades Millon hacia 1969 plantea la taxonomía de aprendizaje biosocial en la cual combina una matriz de 4 x 2, con lo que obtuvo ocho tipos básicos a los que añadió tres trastornos graves formando 11 patrones de personalidad teóricos, diferenciándose de los primeros en cuanto al déficit de la competencia social y presencia de episodios psicóticos periódicos reversibles, menos integrados y eficaces en la capacidad de afrontamiento y siendo mayormente vulnerables a las tensiones de la vida cotidiana (Garibay, 2002).

Patrones básicos de la Personalidad

1. Patrón pasivo-dependiente: Personalidad Sumisa de Millon; trastorno de la personalidad por dependencia del DSM III.

2. Patrón activo-dependiente: Personalidad Gregaria de Millon; trastorno histriónico de la personalidad según el DSM III.
3. Patrón pasivo-independiente: Personalidad Narcisista de Millon; trastorno narcisista de la personalidad del DSM III.
4. Patrón activo-independiente: Personalidad Violenta de Millon; trastorno antisocial de la personalidad del DSM III.
5. Patrón pasivo-ambivalente: Personalidad Respetuosa de Millon; trastorno compulsivo de la personalidad del DSM III.
6. Patrón activo-ambivalente: Personalidad Sensitiva de Millon; trastorno pasivo-agresivo de la personalidad del DSM III.
7. Patrón pasivo-desvinculado: Personalidad Introversa de Millon; trastorno esquizoide del DSM III.
8. Patrón activo-desvinculado: Personalidad Inhibida de Millon; trastorno de la personalidad por evitación del DSM III.

Así mismo los tres patrones de personalidad adicionales con un nivel de psicopatología moderadamente grave o límite.

1. Personalidad Cicloide que corresponde al trastorno límite de la personalidad del DSM III.
2. Personalidad Paranoide con similar denominación en el DSM III.
3. Personalidad Esquizoide que corresponde al trastorno esquizotípico de la personalidad del DSM III.

2.1.1.2. Modelo Evolutivo de Theodore Millon

En 1990 Millon redefine su modelo de personalidad y de sus trastornos, este cambio radica en una reevaluación de las características más profundas en las que se basa el funcionamiento humano. Este cambio en su teoría se explica en lo propuesto por Godel hacia 1931, quien señala que ningún sistema se puede probar desde sí mismo según sus propias proposiciones, llegando a la conclusión que la mejor manera de explicar las leyes más arraigadas del funcionamiento humano radica en examinar los principios universales derivados de manifestaciones no psicológicas de la naturaleza así como la física, química y sobretodo la biología. De esto dedujo que los principios y procesos de la evolución eran en esencia universales, aunque se expresaran de diferente forma (Millon y Davis, 2003).

La personalidad bajo esta teoría “Podría ser entendida como la representación del mayor o menor estilo distintivo de funcionamiento adaptativo que exhibe un organismo o una especie particular frente a sus entornos habituales. Mientras que los trastornos de personalidad representarían estilos particulares de funcionamiento desadaptativo debidos a deficiencias, desequilibrios o conflictos en la capacidad de la especie para relacionarse con su entorno” (Millon y David, 2003, p. 74).

Siguiendo este enfoque es que utilizó cuatro esferas a través de las cuales se aplican los principios evolutivos y ecológicos, denominadas existencia, adaptación, replicación y abstracción.

- a. Propósitos de la existencia. Considera la transformación causal de los estados menos organizados en estados con estructuras distintivas de mayor organización. Tal como señala Pelechano (2000, p. 742), “Se diferencian la polaridad de placer-dolor, que se concreta en la búsqueda de experiencias reforzantes por una parte y la evitación del dolor y la amenaza por otra, es una justa medida que fomente la adaptación”.

- Promoción de la vida: búsqueda de experiencias de recompensas: Reúne las actitudes y comportamientos cuyo destino es promover y enriquecer la vida, generando bienestar, placer, satisfacción, plenitud y el fortalecimiento de la capacidad individual para mantenerse física y psíquicamente vital y competente. Esta polaridad sostiene que la existencia/supervivencia exige mas que la preservación de la vida o la evitación del dolor, la promoción del placer.
- Preservación de la vida: evitación del peligro y la amenaza: este criterio se centra en la evitación del dolor físico o psíquico así como una aversión a este, tal como se refleja en el trastorno de evitación.

Como Millon y Davis (2003) indicasen, la normalidad se caracterizaría por un equilibrio dinámico entre los dos extremos comprendidos en la polaridad placer-dolor, lo que conlleva un estilo personal coordinado y sincrónico para solucionar la pregunta de si la persona debe centrarse únicamente en experimentar los placeres de la vida o enfocar sus esfuerzos en evitar sus adversidades.

- b. Modos de adaptación. Hace referencia a los procesos homeostáticos usados para sobrevivir en los ecosistemas abiertos, estos modos de adaptación se diferencian de los de la primera fase de la evolución en que tienen que ver con el cómo perdura lo que debe existir. Como detalla Pelechano (2000, p. 742) “Deben ser eficaces para preservar la propia intimidad. La polaridad se refiere a la actividad-pasividad, o con otras palabras, a la dicotomía acomodación-asimilación”.

La polaridad actividad-pasividad refleja que la amplia gama de comportamientos en los que están implicados los seres humanos puede agruparse en función de si se toma la iniciativa para modificar y configurar los acontecimientos o si tales comportamientos son reactivos y se acomodan a estos. De aquí que en cuanto a la adaptación, los modos de funcionamiento que promueven tanto la acomodación

como la modificación ecológica tienen mayores probabilidades de éxito que los que se centran en uno solo de los dos aspectos.

- Acomodación ecológica: atenerse a la realidad favorable. Este estilo adaptativo necesita de un entorno que propicie el sustento y la protección necesarios para el desarrollo adecuado de la especie, de aquí que la pasividad o acomodación a las fuerzas ambientales, es capaz no solo de evitar problemas, sino además de ser positivamente adaptativa y constructiva cuando los sucesos y circunstancias aportan placeres y protegen de las desgracias.
- Modificación ecológica: dominio del propio entorno. Este extremo activo de la bipolaridad refleja la toma de iniciativa en cuanto a alterar y configurar los acontecimientos vitales, a reordenar los elementos que constituyen el ambiente y a explorar aquellos aun no conocidos, estas personas se caracterizan por ser alertas, vigilantes, vitales, que dirigen su energía e impulsos en la búsqueda de estimulación, mostrándose en ocasiones con cierta tendencia a dominar su entorno.

Millon y Davis (2003) detallan que la normalidad en cuanto a los modos de adaptación requiere un estilo personal coordinado y sincrónico que emite una respuesta equilibrada a la incógnita de si debe aceptarse lo que depare el destino o, por el contrario, tomar la iniciativa y modificar las circunstancias de la propia vida.

- c. Estrategias de replicación. Hace referencia a los estilos de reproducción que maximizan la diversificación y la selección de los atributos ecológicamente efectivos; tal como detalla Pelechano (2000) estas estrategias no se refieren únicamente a la duplicación, vista como reproducción mecánica y repetitiva, sino a una reproducción y continuidad de la especie que vaya modificándose a sí misma y en completa interacción con el ambiente.

Millon y Davis (2003) consideran que los organismos que pueden modelar nuevos potenciales para prolongar su existencia a partir de las circunstancias favorables o no de su entorno, incrementarán la posibilidad de conseguir resultados distintos y supuestamente superiores.

- Individuación reproductora: consecución del sí mismo. Acciones individuales percibidas como egoístas, insensibles, desconsideradas, descuidadas.
- Crianza reproductora: el amor constructivo hacia los demás. Acciones orientadas hacia la educación consideradas filiativas, íntimas protectoras y solícitas.

d. Procesos de abstracción. Corresponde a la capacidad para simbolizar el propio mundo, tanto interno como externo, considerando las capacidades que fomentan la planificación anticipada. Millon y Davis (2003) hacen referencia a la capacidad intencional y focalizada para clasificar y recomponer, coordinar y acomodar las representaciones simbólicas de la experiencia en nuevas configuraciones.

- Razonamiento intelectual: pensamiento. Procesos basados en la intelectualización, la lógica, el razonamiento y la objetividad.
- Resonancia afectiva: sentimiento. Procesos que dependen de la empatía afectiva, valores personales, sentimientos y subjetividad.

A lo que añade “Si no logra integrar de forma consistente el pensamiento y el sentimiento, el adolescente en crecimiento o el adulto irá pasando de un curso vacilante a otro y se bloqueará con sentimientos vagos de descontento e inutilidad” (Millon y Davis, 2003, p. 118).

Los cuatro principios descritos anteriormente son paralelos a cuatro fases evolutivas o también denominadas etapas neuropsicológicas. En general, como detallan Millon y Davis (2003, p. 102) “el organismo humano debe pasar por cuatro etapas y cumplir un

conjunto paralelo de cuatro tareas para desenvolverse de forma adecuada en la vida”, a lo que añade:

En cada etapa el individuo adquiere unas disposiciones personalógicas que representan el equilibrio o la predilección hacia una de las dos tendencias polares; el hecho de que una inclinación aparezca como la dominante a lo largo del tiempo se debe a la interacción recíproca de factores intra y extraorganísmicas.

- a. Etapa 1: Fijación sensorial. Esta fase corresponde al primer año de vida del niño, el cual se caracteriza por la dominancia de procesos sensoriales, básicos para el posterior desarrollo, logrando a través de la experiencia distinguir los objetos que le produce placer o dolor, el propósito de esta etapa es la “maduración y refinamiento selectivo de la capacidad innata para la discriminación entre las señales de amor y de placer” (Millon y David, 2003, p. 103).

Millon y Davis (2003), añaden a lo anteriormente descrito, la importancia de las capacidades sensoriales:

Esta fase se caracteriza por la indiferenciación, mediante el cual el organismo tiende a comportarse de manera difusa y desintegrada y las percepciones son burdas y no focalizadas. En consecuencia, el niño se orienta hacia sensaciones amplias e indiferenciadas, aunque cada vez se va reflejando más la distinción entre placer y dolor (p. 106).

Otro punto de importancia en esta etapa corresponde al desarrollo de los comportamientos de apego el que es considerado de manera figurativa por diversos autores y que es considerada por diversos autores recogidos por Millon y Davis (2003) como un claro propósito de restablecimiento de la unidad perdida en el momento del nacimiento que permitía el mantenimiento y la protección de la vida. El vínculo inicial va transformándose a medida que la persona atraviesa por diferentes estadios del desarrollo, pese a esto, sigue ocupando un papel fundamental durante todo el ciclo vital.

- b. Etapa 2: Autonomía sensoriomotora. Corresponde a la etapa transcurrida entre el primer año de vida y los 10 años en los cuales el niño presenta una mayor autonomía y puede realizar acciones independientes del apoyo paterno, llegando a comprender las actitudes y los sentimientos que proceden de las fuentes de estimulación.

Esta etapa se caracteriza por la polaridad de acomodación ecológica (pasividad) y la modificación ecológica (actividad) en la cual el centro de atención pasa de la existencia en sí mismo a la existencia dentro del entorno, y es donde aprende un modo de adaptación, si desarrollarse de manera activa, modificando su ambiente o una postura pasiva adaptándose a su medio.

Ainsworth (1967, citado por Millon y Davis en 2003) remarca la importancia de una base segura en los niños que tienden a explorar su entorno sin temer la pérdida de las figuras a las que se vinculan. Además, que aquellos que no tienen esa base suelen mantenerse cerca de sus cuidadores, tomando un papel más pasivo, lo que implicaría la existencia de un escaso repertorio de recursos de afrontamiento y consecuentemente de la disminución o el retraso de la competencia sociocognitiva (Millon, 1969, referido en Millon y Davis 2003).

Durante esta etapa de marcada interacción padre-hijo, se generan los antecedentes básicos de las actitudes hacia la autoridad, el poder y la autonomía.

- c. Etapa 3: Identidad puberal genérica. Compreendida entre los 11 y 15 años de edad, y que corresponde a la polaridad propagación de la especie (otros) y propagación individual (sí mismo), en similitud a los distintos papeles genéricos.

Los biólogos han denominado *r-strategy*, es decir, una forma de reproducción que arroja un gran número de descendientes pero que los deja librados a sus propios recursos o al destino; frente a la *K-strategy*, que produce menos descendencia pero

hay un cuidado intensivo por parte de los progenitores, lo que luego la sociobiología lo toma en paralelismo entre la estrategia masculina *orientada hacia sí mismo*, frente a la estrategia femenina *orientada a la crianza, hacia los otros*. (San Miguel, 2003)

Millon y Davis (2003) señalan: “Prototípicamente, el varón puede ser descrito como más dominante, altivo y codicioso, mientras que la mujer es más gregaria, educadora y deferente” (p. 109), lo que podría resumirse en una orientación hacia el sí mismo, género masculino y la orientación hacia los demás que le corresponde al género femenino.

Esta etapa también se caracteriza por un incremento de los impulsos de la libido en la pubertad lo que hace necesaria una reorganización del sentido de identidad adolescente que posee el niño. De aquí que si esta lograda de manera satisfactoria, el adolescente será capaz de buscar objetos de amor relevantes fuera de la familia, objetivo que permite una vida emocional más rica y madura.

El desarrollo de la identidad genérica implica tanto la adquisición de un medio que permita satisfacer los impulsos libidinales así como refinar el sentido de sí mismo, lo que se alcanza reflejando la admiración de un ser querido. Millon y Davis (2003) señalan:

El feedback recibido a través de relaciones de amor reales o fantaseadas ayuda al adolescente a revisar y definir su identidad genérica. También le sirve para clarificar y desarrollar un nuevo autoconcepto que abarca las relaciones con compañeros de ambos sexos y no con padres o hermanos (p. 110).

- d. Etapa 4. Integración intracortical. Este periodo se da normalmente entre los 4 y 18 años y se dirige por la polaridad pensamiento-sentimiento. Esta etapa se diferencia de las anteriores en que ellas se centran en los objetivos vitales del niño, mientras que esta última etapa se centra en el individuo. El niño, a medida que van apareciendo las

habilidades verbales, aprende a simbolizar objetos concretos, así mismo puede recordar sucesos vividos y anticipar los futuros. Millon y Davis (2003) declara:

Estas representaciones internas de la realidad, el producto del pensamiento simbólico y la construcción de acontecimientos pasados, presentes y futuros prevalecen como elementos primarios del mundo de la representación. En este periodo es especialmente significativa la fusión entre las capacidades para pensar y sentir (p. 111).

A medida que el niño logra dominar su mundo interno de símbolos, en base a la realidad objetiva, es que puede crear una determinada consistencia y continuidad en su actuar. Así las experiencias vividas con otros y las reacciones de estos hacia el niño le permite perfilar la imagen de sí mismo como objeto. Ese orden superior de abstracción, sentido de identidad, pasa a ser una fuente fundamental de estímulos que guían los pensamientos o sentimientos del ser en crecimiento.

Así mismo, Millon y Davis (2003), señalan que la experiencia presenta un efecto mucho más profundo en determinadas etapas que en otras, por tanto, existen lo que denomina como procesos del desarrollo relacionados con las etapas los que detallan determinadas actitudes básicas.

a. Proceso 1. Desarrollo de la confianza en los demás (Polaridad dolor-placer).

Podría describirse la confianza como el sentimiento de que uno puede confiar del afecto y apoyo de otros, así, tanto la confianza como la desconfianza representan facetas de las polaridades placer y dolor. Debido a que en la edad por la cual se desarrolla este proceso, el infante no posee la capacidad de identificar las experiencias específicas que le generen estas experiencias por tal razón es que se generalizan dando como resultados una visión, positiva o negativa, del entorno en su totalidad.

b. Proceso 2. Adquisiciones de confianza adaptativa (Polaridad actividad-pasividad). En la etapa denominada como autonomía sensoriomotora los niños

se tornan más independientes de sus cuidadores, ya que cuentan con la capacidad para hablar y controlar diversos elementos de su medio, esta etapa corresponde a la polaridad actividad-pasividad. Es de suma importancia las recompensas o castigos a los que es expuesto ya que estas contribuirán en la confianza hacia sí mismos como seres modeladores del ambiente o generando temores, reflejado en la falta de confianza para probar, arriesgarse o competir, asumiendo un papel pasivo en su actuar.

- c. Proceso 3. Asimilación de los papeles sexuales (Polaridad Sí mismo-otros). Estos papeles sexuales aparecen en la cotidiana interacción con el grupo de pares, aprende a confiar en sus compañeros considerándoles guías lo que, además, demostrará adhiriéndose a las normas que este imponga en cuanto a regulación de impulsos, sentimientos y tendencias sexuales.
- d. Proceso 4. Equilibrio entre razón y emoción (Polaridad pensamiento-sentimiento). Esta etapa se presenta cuando el sujeto puede pensar, sentir, evaluar y planear, llevándole a formularse una imagen de sí mismo como un *tipo de adulto*, con una identidad distinta a los otros, logrando elaborar juicios independientes y comportarse según su propio curso de acción. Millon y Davis (2003) detalla que un niño sano es aquel que adquiere un sistema coherente de valores internalizados que le servirá de guía en un entorno variable y cambiante, de esta manera es que será capaz de integrar sus sentimientos y pensamientos, formando su propio criterio y controlando su destino.

Tal como señala Sánchez (2003), la ampliación del modelo para englobar las fases de evolución no demandó una revisión significativa de las tres polaridades propuestas en un principio. El modelo evolutivo postula cuatro polaridades elementales del desarrollo,

no obstante, los prototipos de personalidad se siguen explicando a partir de las tres primeras.

La teoría de la evolución es una elección lógica como modelo para poder desarrollar una ciencia de la personalidad, pues es justificadamente la matriz de la persona en cuanto organismo que sobrevive y se reproduce, arrastrando en su capacidad de adaptación, o inadaptación, a sucesivas generaciones. (San Miguel, 2003)

2.1.2. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

La más conocida clasificación europea de los trastornos de personalidad, publicada hacia 1923 fue la propuesta por Schneider, (Millon y Davis, 2003), quien señalaba que la patología de la personalidad no es precursora de otros trastornos mentales, sino que era un grupo de trastornos mentales los que covarían con aquellos.

La Organización Mundial de la Salud OMS (2000, p. 158) señala:

Los trastornos de la personalidad se diferencian de las transformaciones de la personalidad por el momento y el modo de aparición, son alteraciones del desarrollo que aparecen en la infancia o en la adolescencia y persisten en la madurez. No son secundarios a otros trastornos mentales o lesiones cerebrales, a pesar de que pueden preceder a otros trastornos o coexistir con ellos. Por el contrario, la transformación de la personalidad es adquirida, normalmente, durante la vida adulta, como consecuencia de situaciones estresantes graves o prolongadas, de privaciones ambientales extremas, de trastornos psiquiátricos graves o de lesiones o enfermedades cerebrales.

Sarason y Sarason (1993) refieren que pese a las desventajas que pudiera tener una clasificación de los trastornos de la personalidad, esta clasificación es necesaria no únicamente en el área de la psicología sino en todas las ramas del conocimiento. En el área de la personalidad y de la conducta anormal, esta clasificación se basa en la evaluación de lo que refieren los clientes, su manera de comportarse, así como los eventos vivenciados en el momento actual como en el pasado, al hablar de la psicología

anormal, la clasificación de una persona recibe el nombre de diagnóstico, este sitúa el trastorno presentado dentro de un sistema o conjunto de tratamiento existente.

Beck y Freeman (1995, p. 80), señalan: “Se considera un diagnóstico de trastorno de personalidad, cuando conducen (1) A problemas que causan sufrimiento en el paciente o (2) A dificultades con otras personas o con la sociedad”; luego añade, “Las conductas (o estrategias) observables, no obstante, son sólo uno de los aspectos de los trastornos de la personalidad”.

Phillips y Gunderson (1995) señalan que los trastornos de personalidad suelen ser relativamente frecuentes en la población en general, siendo a frecuencia aproximada de 10% a un 18%. A lo que añaden que de los pacientes atendidos de manera ambulatoria presentarían un trastorno de personalidad (entre el 30% y el 50%), trastornos que necesitan de un foco de tratamiento o que deberían ser tenidos en cuenta ya que su presencia afecta el pronóstico y la respuesta terapéutica a dicho trastorno.

La razón principal respecto al motivo que presentan los pacientes para evitar visitar un especialista, es que “muchos de ellos son egosintónicos, es decir, que no consideran que sus características son anormales, sino que las experimentan como aceptables y su presencia no les genera angustia” (Turó, 1997, p. 239).

La Asociación Americana de Psiquiatría en el DSM-IV-TR, cuarta edición, revisada, (2002, p. 11) indica “A lo largo de la vida, la mayoría de las personas padecen periodos de ansiedad, depresión, insomnio o disfunción sexual, que pueden considerarse algo que forma parte de la condición del ser humano”, a lo que añade:

La frontera entre trastorno y normalidad puede establecerse mediante el juicio clínico y no mediante reglas rígidas y simples. Lo que puede parecer clínicamente significativo sin duda está influido por el contexto cultural, el lugar donde se examina al individuo, el sesgo clínico, el sesgo del enfermo y la disponibilidad de recursos.

Aparicio y Sánchez-López (1999) y Millon (2001), señalan que los trastornos de personalidad representarían diferentes estilos de funcionamiento de inadaptación que pueden atribuirse a deficiencias, desequilibrios o conflictos en la capacidad de un miembro de la especie para relacionarse con el medio al que se enfrenta.

Hacia el 2003, Millon y Davis, declaran que “Todos los patrones de personalidad patológica - sean leves, moderados o graves - implican características de funcionamiento profundamente arraigadas, que son el producto de la interacción de las influencias constitucionales y de la experiencia” (p. 635).

Belloch y Fernández en el 2002, indican que al citar una personalidad anormal, patológica o trastornada, se hace referencia a todo el modo de ser de un individuo, y no a aspectos concretos o parciales.

Kernberg (2003), se refiere al término de trastornos de la personalidad como una constelación de rasgos del carácter anormales o patológicos, que presentan una intensidad suficiente para implicar una perturbación significativa en el funcionamiento intrapsíquico, interpersonal o en ambos.

Schneider, (citado por Phillips y Gunderson 1995), consideró que los trastornos de personalidad representaba las desviaciones sociales y variantes extremas de rasgos normales de la personalidad, desarrollando el considerado primer sistema comprensivo de categorías de trastornos de la personalidad, el mismo que sirvió de modelo para los detallados por la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE 10 y en el DSM IV.

De acuerdo con Santo-Domingo, Baca, Carrasco y García Camba (2002), los trastornos de la personalidad presentan como características una disfunción global de los patrones de comportamiento y sentimiento del sujeto. Constituyendo patrones maladaptativos de

la personalidad, que surgen desde la adolescencia y acompañan al individuo durante toda su existencia produciendo una clara limitación en su funcionalidad. La diferencia entre una personalidad peculiar y aquella que presenta un trastorno se halla en la existencia de dicha limitación funcional que afecta a sus relaciones interpersonales, su desarrollo personal y su calidad de vida.

En resumen tal como señalan Díaz-Marza, Caverio, Fombellida y Carrasco (2003), un paciente con trastorno de la personalidad se caracteriza por un patrón estable de conductas maladaptativas, ocasionadas en una anómala respuesta al estrés, y generadora de restricciones en las esferas laboral, social e interrelacional.

Valdés (2002), añade que los trastornos de la personalidad implican importantes alteraciones emocionales así como la ausencia de habilidades específicas y de aprendizajes sociales. El tratamiento es difícil porque la colaboración del individuo y de su entorno es escasa y por ser egosintónicos, es decir, son percibidas como naturales.

2.1.2.1. Etiología de los Trastornos de la Personalidad

Debido a que la personalidad no se circunscribe a un único rasgo, sino que agrupa la totalidad de características de la persona: interpersonales, cognitivas, psicodinámicas y biológicas, es que cada uno de estos rasgos refuerzan a los otros para perpetuar la estabilidad y la consistencia conductual de la estructura completa de la personalidad. Por tanto, en el caso de los trastornos de la personalidad, la etiología se sitúa literalmente en todas las áreas. (Millon y Davis, 2001)

Turó (1997), señala que pese a los diversos estudios no se ha conseguido establecer la causa de los trastornos de la personalidad de manera concluyente, pero si se sugiere la presencia de factores genéticos, constitucionales, ambientales, culturales y de maduración en la formación de estos. En cuanto a los factores genéticos el trastorno que

presenta mayor evidencia de la presencia de estos factores es el de personalidad antisocial.

Eysenck, 1967; Meehl, 1962, 1990; Millon, 1981, 1990; referidos por Millon y Davis (2003) señalan que en cuanto a la existencia de factores biológicos patogénicos, el hecho de aceptar el papel que ejercen estas influencias biógenas *no* excluye el papel de la experiencia social y del aprendizaje.

Millon y Davis (2003), refieren que las actitudes y los comportamientos se aprenden como consecuencia del aprendizaje paterno así como de diversos acontecimientos e incidentes aleatorios a los que se es expuesto. La peculiaridad y la gama de muchos patrones patológicos se basan en comportamientos y actitudes a los que espontáneamente el niño esta expuesto incidentalmente. Remarca, además, que es de confiar que los pequeños sean influidos de diversa manera por cada progenitor y que la patogenia reflejará una compleja interacción de la combinación de experiencias a la que es expuesto.

El significado del término patogénico puede ser descrito a través de tres tipos de acontecimientos:

- a. Aprendizaje de estrategias defensivas generalizadas. Productos de eventos que desencadenan un nivel de ansiedad excesiva en el sujeto ya que incrementan la demanda de su limitada capacidad o merman sus sentimientos de seguridad y confort. La persistencia de estos sucesos emocionalmente perturbadores provocará reacciones de afrontamiento que si bien funcionarán en ciertos eventos no serán útiles en otras circunstancias.
- b. Aprendizaje de comportamientos desadaptativos. Cuyo origen se sitúa tanto en situaciones de estrés, ansiedad, mecanismos de defensa inconscientes,

condicionamiento simple o imitación de patrones de comportamiento desadaptativo, dando lugar a los estados emocionales neutros. Estos estados no activan comportamientos de protección o defensa sino que enseñan o refuerzan estilos de comportamientos que son perjudiciales cuando se generalizan de manera equivocada a situaciones distintas de aquellas en las que se han adquirido.

- c. Insuficiencia de las experiencias necesarias para el aprendizaje de un comportamiento adaptativo. La escasa experiencia social o la infraestimulación general causarían deficiencias en la adquisición de comportamientos adaptativos al carecer de habilidades y capacidades para manejar su entorno. Esa forma de aprendizaje patológico podría ser tan grave como los trastornos generados por las experiencias estresantes o por aprendizajes defectuosos o desadaptativos.

Se presenta el origen del aprendizaje patológico en base a dos categorías. La primera demarca las experiencias que ejercen influencia a lo largo de la vida denominadas como experiencias resistentes y penetrantes y una segunda categoría denominada experiencias traumáticas que incluye las condiciones adversas de duración breve que suelen acontecer en cualquier etapa de la vida y que ejercen amplia influencia en el desarrollo.

- Experiencias resistentes y penetrantes: Estas experiencias son recogidas en el seno familiar y presentan un efecto resistente y acumulativo en la composición global del aprendizaje del pequeño y son detalladas en función a cinco categorías: Sentimientos y actitudes de los progenitores; Métodos de control del comportamiento, los que podrían ser punitivos, de recompensa contingente, inconsistentes, protectores e indulgentes; Estilos de comunicación de la familia; Contenido de las enseñanzas entre las que figuran: ansiedad, culpa y vergüenza, entre otras actitudes destructivas y la Estructura familiar la que podría distinguirse

por Modelos deficientes, Discordia familiar, Rivalidad entre hermanos y la Posición ordinal.

- Experiencias traumáticas. Sin restar importancia a las experiencias duraderas e intensas, existen, además, aquellas que pueden alterar el equilibrio del sujeto y generar una actitud profundamente arraigada que no se extingue con facilidad. Los efectos adquiridos de estos eventos traumáticos perduran debido a dos razones: en primer lugar, al aumentar el estrés, se incrementa el nivel de activación neuronal y en segundo lugar suele haber una disminución de la capacidad para discriminar adecuadamente el entorno generalizando su reacción emocional a una variedad de objetos y personas que se asocian de manera casual con el evento traumático.

Tal como declara Millon y Davis en 2003, es necesario recordar tres puntos: “Primero, la mayoría de las hipótesis en psicopatología son conjeturas. Segundo, el papel atribuido a los determinantes constitucionales o biológicos en modo alguno descarta los efectos comparables del aprendizaje y la experiencia. Tercero, los factores biológicos y psicológicos interactúan” (p. 361).

Millon y Davis (2003) a través de su perspectiva integradora de la personalidad que reúnen la perspectiva nomotética que considera la personalidad en términos de desviación de las puntuaciones individuales de la media del grupo, frente a la perspectiva ideográfica que resalta la complejidad, individualidad y singularidad de la persona; señala el concepto de sistema que corresponde a un constructo integrador que contiene elementos estructurales y funcionales, la parte y el todo se unen mediante procesos autorreguladores. A lo que añade:

La unidad de análisis apropiada en los sistemas no es el rasgo ni la taxonomía, sino la limitación. Una limitación es simplemente algo que actúa para disminuir el número de estados o configuraciones que pueden asumir otras partes del sistema. Algunas limitaciones son más severas que otras en el sentido de que excluyen más posibilidades (p. 8).

Las implicaciones y los beneficios de los conceptos de sistemas para los trastornos de la personalidad se traducen en principios.

Principio 1: Los trastornos de la personalidad no son enfermedades sino son resultado de la dinámica y el intercambio entre las capacidades que presenta el individuo para afrontar los eventos del entorno en el que vive, siendo la personalidad del individuo lo que determinará si soportará o sucumbirá a su ambiente. Por tanto, la estructura y las características de la personalidad se convierten en el fundamento de la capacidad individual para funcionar de manera mentalmente sana o patológica.

Principio 2: Los trastornos de la personalidad son sistemas estructurales y funcionales internamente diferenciados, no entidades internamente homogéneas, debido a que los atributos estructurales del sistema de la personalidad representan patrones enraizados de recuerdos, actitudes, necesidades, miedos, conflictos, entre otros, que guían la experiencia y transforman la naturaleza de los sucesos. Estas estructuras tienen un efecto orientativo y preventivo a cuyo través la acción y el impacto de nuevas experiencias se alteran en base a las ya formadas presentando una naturaleza cuasipermanente.

Principio 3: Los trastornos de la personalidad son sistemas dinámicos, no entidades estáticas y permanentes. Los elementos estructurales y los procesos funcionales del sistema de la personalidad se entienden mejor como dominios estructurales y funcionales, debido a que debe mantener su integridad contra los eventos estresantes y amenazas internas y externas, así señala que existen ciertos aspectos de la personalidad que cuentan con una cualidad más imperecedera y arraigada, a comparación de otros que son de carácter transaccional.

Principio 4: La personalidad consiste en múltiples unidades en múltiples niveles de datos. Para poder dar sentido a la observación es necesario elegir el tipo de datos a ser conceptualizados. Las teorías deben diferenciarse en términos de los tipos de datos que

eligen para sus conceptualizaciones. Así se observan niveles de datos necesarios para una perspectiva completa de la personalidad que reconocen las teorías contemporáneas:

- Datos biofísicos. Quienes presentan una orientación biofísica, tradición psiquiátrica médica, se centran en los defectos estructurales o deficiencias químicas como una explicación para la presencia de síntomas tales como comportamientos extravagantes, labilidad emocional y pensamiento desorganizado.
- Datos intrapsíquicos. Se centra en el impacto producto de las experiencias tempranas, tradición psicodinámica, de aquí que la patología de la personalidad refleja la persistencia inapropiada de maniobras defensivas inconscientes que surgieron como mecanismos de defensa frente a dificultades tempranas.
- Datos fenomenológicos. Seguida por la tradición humanista y existencial, remarca la importancia de estudiar al individuo a partir de su percepción única e individual del mundo. Los conceptos deben ser formulados según la forma como son experimentadas y elaboradas por el sujeto.
- Datos comportamentales. La tradición experimental se centra en los datos comportamentales manifiestos, a su vez consideran que las influencias ambientales son de gran importancia debido a que refuerzan o controlan la patología del comportamiento.
- Datos socioculturales. Presentan como tema de interés las grandes unidades del fenómeno sociocultural como familia, grupos, etnias, siendo base para la perspectiva sociológica y antropológica.

Tal como refieren Millon y Davis (2003), pese a que todos estos niveles de datos u observaciones nos permiten tener una perspectiva completa de la personalidad, ninguno es suficiente por si mismo ni es el mejor.

Principio 5: La personalidad existe en un continuum: no es posible una división estricta entre la normalidad y la patología. Feldman (1996) coincide con este principio reconociendo tanto a la normalidad como la anormalidad como estados relativos, por tanto, cualquier comportamiento se hallará en algún punto cercano o no a ambos extremos. Las diferentes distinciones entre la normalidad y la patología son en parte construcciones sociales o culturales, por lo tanto pueden ser considerados como conceptos referentes y representan puntos arbitrarios sobre un gradiente o continuum: no existiendo una frontera clara entre el comportamiento normal y el patológico.

Principio 6: La patogenia de la personalidad no es lineal, sino que se distribuye secuencialmente y de forma múltiple a través de todo el sistema. Los sistemas se caracterizan por su interdependencia entre los elementos que lo constituyen, por lo tanto no es explicado como A causa B que origina C y luego a D, y así sucesivamente. Cada área o parte del sistema limita de manera directa o indirecta y a su vez es limitada por cada una de las otras áreas a través de una causalidad recíproca.

Principio 7: Los criterios mediante los que se evalúa la patología de la personalidad deben estar coordinados de forma lógica con el propio modelo de sistemas. La personalidad puede ser entendida de tres maneras diferentes, como un sistema cerrado, como un sistema abierto en transacción activa con el medio o como un sistema abierto que evoluciona con el cambio del tiempo, de esta manera el sujeto puede ser evaluado y observado en sus propios términos, en contraste con el entorno que lo rodea o como una vasta y única historia que ha ido evolucionando. Estas formas de entender la personalidad se dirigen en paralelo a tres criterios fundamentales e interdependientes sobre su patología que pueden ser abstraídos para juzgar la gravedad de los trastornos de la personalidad. (Millon, 1969, en Millon y Davis 2003).

- Poca estabilidad en situaciones de estrés. Las personalidades patológicas suelen ser perturbadas y vulnerables ante ciertos acontecimientos negativos debido a que carecen de mecanismos de afrontamiento eficaces.
- Inflexibilidad adaptativa. En las personalidades normales existe la flexibilidad y el conocimiento acerca de cuando hay que tomar la iniciativa y modificar el ambiente o adaptarse al entorno, a diferencia de aquellas personalidades en las que es difícil adaptarse de manera eficaz, modificar su ambiente evitando estímulos neutrales que podrían ser percibidos como estresantes.
- Tendencia a promover círculos viciosos o autodestructivos. Aquellos sujetos que presenten trastornos de la personalidad hacen que su entorno social produzca inevitablemente un proceso de feedback que mantiene e intensifica las dificultades ya existentes.

Principio 8: Los trastornos de la personalidad pueden ser evaluados, pero no diagnosticados de una forma definitiva. Debido a que los trastornos se mantienen a lo largo de un continuum es que ningún individuo representa la encarnación de ningún prototipo de personalidad específico. Por tanto, los diagnósticos encontrados deben ser considerados como un punto de partida en la caracterización del individuo.

Principio 9: Los trastornos de la personalidad requieren modalidades de intervención combinados y diseñados estratégicamente. El método utilizado para tratar estos trastornos debe ser integrador, ya que la personalidad es tratada como un constructo de naturaleza integradora.

La perspectiva integradora que detalla Millon y Davis (2003), conciben la personalidad como “un constructo multideterminado y multirreferencial que puede ser estudiado y evaluado provechosamente desde una variedad de áreas de contenido” (p. 148).

A lo que añade que el diagnóstico de trastorno de la personalidad debe ser enfocado como una cuestión más pragmática que ontológica, debido a que “los trastornos de la personalidad son trastornos de la matriz personal completa, de todo el patrón de variables de personalidad, desde los niveles más fácilmente observables como actos comportamentales hasta los inferenciales como los mecanismos de defensa” (Millon y Davis, 2003, p. 143). Por ello se requiere una evaluación de los diversos ámbitos funcionales y estructurales de la personalidad.

- a. Ámbitos funcionales. Las características funcionales constituyen los procesos dinámicos que se encuentran en el mundo intrapsíquico y el Sí mismo individual y el ambiente psicosocial. En otros términos representan “*formas de expresión de acciones reguladoras*: comportamientos, conducta social, procesos cognitivos y mecanismos inconscientes que guían, ajustan, transforman, coordinan, equilibran, descargan y controlan el intercambio entre la vida interna y la externa” (Millon y Davis, 2003, p. 150).
- b. Ámbitos estructurales. Estos representan un entramado profundo y relativamente sólido de recuerdos, actitudes, necesidades, temores y conflictos, que guían la experiencia y transforman la naturaleza de los sucesos vitales. Se podría definir los ámbitos estructurales como “sustratos y disposiciones a la acción de naturaleza casi permanente” (Millon y Davis, 2003, p. 153). Estas estructuras exhiben una red de interconexiones y contienen restantes internalizados del pasado en forma de reminiscencias y afectos que se relacionan intrapsíquicamente con las concepciones del Sí mismo y de los otros. Además, sirven para cerrar el organismo a nuevas interpretaciones del medio y restringir la posibilidad de expresión de las que son predominantes, este rol prioritario y canalizador ejecuta un rol importante en la permanencia del comportamiento

desadaptativo y de los círculos viciosos de la patología de la personalidad. Entre estos ámbitos a considerar se encuentran la autoimagen, representaciones objetales, organización morfológica y el estado de ánimo o temperamento.

2.1.2.2. Clasificación de los Trastornos de la Personalidad

- a. Clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría: Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales DSM-IV y DSM-IV-TR.

Este manual clasifica los trastornos de la personalidad en el Eje II, a la par con el retraso mental. La inclusión de ambos trastornos se debería a la necesidad de acentuar la invariabilidad y/o estabilidad a lo largo del ciclo vital de los trastornos de la personalidad, en otras palabras, no se *aprende*, sino que la persona *nace* con ella. De esta manera el DSM-IV considera que los trastornos de la personalidad son causados por factores intrapsíquicos, mas que por factores sociales o biológicos, o una combinación de ambos.

Siguiendo la lógica señalada por el DSM-IV los trastornos de la personalidad son:

Pautas persistentes de experimentar y comportarse, que no se corresponden con lo que sería esperar en función del contexto sociocultural del individuo, y que se manifiestan, como mínimo, en dos de los diversos ámbitos en los que se desarrolla la vida de la persona: cognitivo, afectivo, funcionamiento interpersonal, o control de impulsos. Otra característica relevante es la de que estamos ante un grupo de trastornos primarios, y por lo tanto, no deben diagnosticarse cuando sean secundarios a, o consecuencia de, otra patología, ya sea ésta un trastorno mental del Eje I, un trastorno motivo por adicción a sustancias o por una enfermedad médica (Belloch y Fernández, 2002, p. 15).

La Asociación Americana de Psiquiatría (2000, p. 643) detalla que “un trastorno de la personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto y comporta malestar o perjuicios para el sujeto”.

El DSM-IV contempla 10 trastornos de la personalidad además de una categoría no especificada y otros dos posibles trastornos: depresivo y negativista, los que son planteados en el apéndice para posteriores investigaciones.

Tal como refieren Millon y Davis (2003), la clasificación que se detalla en el DSM IV difiere de la propuesta establecida por Millon y Kernberg, quienes solicitaron una categorización teniendo en cuenta la gravedad de los trastornos, y considera una clasificación en grupos sintomatológicos.

El primer grupo, Grupo A, catalogado como el de los sujetos con personalidad franca y manifestadamente extrañas, raras, inusuales o excéntricas, incluye los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico, que pertenecen en mayor o menor grado a lo que se denomina el *espectro de la esquizofrenia*, las diferencias entre la esquizofrenia y este grupo de trastornos radican en la gravedad y persistencia de los síntomas y, además, por la pauta generalizada de déficits sociales y relacionales.

El segundo grupo, Grupo B, incluye los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista. La característica principal de este grupo se encuentra en una marcada inestabilidad emocional así como en las dificultades para controlar sus impulsos. Estos sujetos pueden parecer dramáticos, emotivos o inestables.

El tercer y último grupo, Grupo C, que agrupa los trastornos de la personalidad evitativo, dependiente y obsesivo compulsivo. Este grupo de trastornos tienen en común el presentar un nivel de ansiedad y/o miedo exagerado.

b. Clasificación de la Organización Mundial de la Salud: Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10

Para un diagnóstico de trastorno de la personalidad la Organización Mundial de la Salud señala que se requiere la presencia de una alteración de la personalidad no

causada por una lesión o enfermedad cerebral de importancia o a otros trastornos psiquiátricos, además de reunir las siguientes pautas:

- Actitudes y comportamientos marcadamente carentes de armonía que interfiere con diferentes aspectos de la personalidad, tales como afectividad, excitabilidad, control de impulsos, formas de percibir o pensar, estilo de interrelacionarse.
- La forma de comportamiento anormal es duradera, de larga evolución no limitándose a episodios concretos de enfermedad mental.
- La forma de comportamiento anormal es generalizada y desadaptativa manifiestamente para un conjunto amplio de situaciones individuales y sociales.
- El trastorno conlleva un malestar personal considerable, aunque éste puede aparecer sólo en etapas avanzadas de su evolución.
- El trastorno se acompaña, casi siempre, de un deterioro significativo del rendimiento profesional y social.

El CIE 10 clasifica los trastornos de la personalidad dentro del Capítulo F (V) Trastornos Mentales y del Comportamiento, siendo específicos dentro de la categoría de Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto. En este apartado se incluye además de los trastornos de la personalidad, otros trastornos como los referidos a los hábitos y control de impulsos y los relacionados con el comportamiento sexual. Esta agrupación responde al interés por resaltar dos elementos definitorios comunes, en primer lugar entidades que perduran en el tiempo y determinan el modo de ser o de comportarse de un individuo y en segundo lugar que únicamente son diagnosticables en adultos. (Belloch y Fernández, 2002)

Grupo 1: Trastornos específicos de la personalidad. Incluye 8 desórdenes del carácter constitutivo y de las tendencias comportamentales del sujeto, que afectan

diversas facetas de la personalidad y generalmente se acompañan de perturbaciones importantes en el ámbito personal y social. Estos trastornos pueden de ser origen en la infancia o adolescencia y perdurar hasta la vida adulta. Abarca el trastorno paranoide, esquizoide, disocial, de inestabilidad emocional, histriónico, anancástico, ansioso y dependiente. Además, incluye dos categorías adicionales: otros trastornos específicos de la personalidad y trastorno de la personalidad no especificado.

Grupo 2: Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad. Esta categoría abarca aquellos trastornos que no presentan el conjunto específico de síntomas que caractericen a los trastornos del primer grupo, se refiere a posibles trastornos que bien o no cumplen con los criterios diagnósticos de los trastornos específicos o a aquellos que podrían ser secundarios a un diagnóstico principal de trastorno afectivo o de ansiedad coexistente.

Grupo 3: Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral. Incluye anomalías de la personalidad y del comportamiento adulto secundarios a catástrofes, exposiciones prolongadas a situaciones estresantes intensas o haber padecido enfermedades psiquiátricas de importancia, y que se manifiestan en personas que anteriormente no padecían ningún trastorno de la personalidad.

Grupo 4: Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto. Incluye dos trastornos que se refieren a la exageración, fingimiento o prolongación inadecuada en el tiempo de quejas somáticas, que tuvieron una base real o pueden ser producto de autolesiones con el fin de obtener alguna ganancia secundaria de naturaleza conciente o intencionada.

Grupo 5: Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto, no especificado. Este diagnóstico se utiliza en ultimo recurso cuando se asume la

presencia de un trastorno de la personalidad y del comportamiento en el adulto pero la información con la que se cuenta es insuficiente para clasificar la patología en algún grupo anterior.

Cabe señalar que la divergencia más destacada entre el sistema clasificatorio de la Asociación Americana de Psiquiatría y el propuesto por la Organización Mundial de la Salud, radica en la ubicación del trastorno esquizotípico, el cual no es considerado como trastorno de la personalidad sino que es incluido en la sección de Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes enfatizando de esta manera que pertenece al espectro de la esquizofrenia.

La Organización Mundial de la Salud (1992, p. 249) señala: “los trastornos de la personalidad tienden a presentarse en la infancia y adolescencia y a persistir durante la edad adulta. Por ello es probable que un diagnóstico de trastorno de personalidad sea adecuado antes de los 16 o 17 años”

- c. Calificación de la gravedad en la personalidad: Theodore Millon. Este autor recurre a una perspectiva de sistemas que interpreta la estructura interna como funcional o disfuncional según sea su eficacia y estabilidad en el contexto interpersonal, familiar o social. La gravedad es entendida como una interacción persona-entorno que incluye la dinámica intrapsíquica y la interpersonal y puede ser entendida en términos de déficits de la competencia social, inconvenientes en las relaciones personales, digresiones vocacionales y problemas y decepciones interpersonales repetitivos.

Millon y Davis (2003) señalan:

Los rasgos de personalidad no sólo se expresan principalmente en el entorno grupal y familiar, sino que, además, el estilo de comunicación, la competencia interpersonal y las habilidades sociales del paciente suscitarán reacciones que, a su vez, configuran el futuro curso de cualquier alteración que la persona

podría presentar. Por tanto, el comportamiento y las actitudes que las personas exhiben hacia los demás evocarán reacciones recíprocas que influirán en la mejoría, la estabilización o la intensificación de sus problemas. La organización interna o estructura es significativa, pero el carácter o estilo de relación interpersonal tiene mucho que ver con el hecho de que la secuencia de dinámicas sociales sea gratificante o destructiva. Por tanto, no sólo la capacidad estructural del Yo, sino también las características particulares del comportamiento familiar y social son las que dispondrán al paciente para relacionarse con los demás de una forma más adaptativa o desadaptativa (p. 83).

Este enfoque ha permitido agrupar 14 trastornos de la personalidad en cuatro grupos bien diferenciados de acuerdo a la gravedad de la patología que presentan.

Grupo 1: Estilos con dificultades para el placer. Reúne los tipos desvinculados que integran las personalidades esquizoide, evitativa y depresiva del DSM-IV. Se considera que estos estilos presentan un nivel leve-moderado de gravedad en base a su aislamiento o desvinculación de apoyo externo, tal como señalarían Millon y Davis (2003, p. 229) “carecen de la capacidad para experimentar recompensas, placeres y experiencias positivas de la vida”.

Grupo 2: Estilos interpersonalmente desequilibrados o también denominados con problemas interpersonales. Abarca los trastornos dependiente, histriónico, narcisista y antisocial que suelen presentar niveles leves de gravedad, estos estilos están orientados tanto hacia las relaciones con los demás como hacia la consecución de sus propias necesidades. A diferencia del primer grupo, los estilos de personalidad que integran las personalidades con problemas interpersonales “presentan una gran capacidad para experimentar placer y potenciar sus vidas. No obstante, según estén inclinados hacia sí mismos o hacia los demás, orientan sus actividades preservadoras o gratificantes sólo en una dirección” (Millon y Davis, 2003, p. 339).

Grupo 3: Estilos con conflictos intrapsíquicos. Agrupa los trastornos de la personalidad sádica (agresivo), obsesivo-compulsivo, negativista (pasivo-agresivo), y masoquista (autoderrotista), los cuales presentan un nivel de funcionamiento más

grave que el segundo grupo, en cuanto a que presentan un desdoblamiento entre sus relaciones interpersonales y sus estructuras intrapsíquicas, lo que se refleja en su incapacidad para mantener una dirección coherente y consistente que les permita orientar sus relaciones personales y sus operaciones defensivas. Estas personalidades “experimentan al máximo los potenciales de la vida, es decir, terminan en las polaridades dolor-placer y Sí mismo-otro. Lo problemático de estos casos es que cambian los componentes que conforman estas polaridades” (Millon y Davis, 2003, p. 493).

Grupo 4: Estilos con déficits estructurales. Reúne los trastornos esquizotípico, límite y paranoide. Estas personalidades se caracterizan por ser socialmente incompetentes, con marcadas dificultades de relación y a menudo permanecen aislados, hostiles o confusos. No son capaces de suscitar el apoyo interpersonal que podría reforzar sus débiles defensas y orientarlos hacia un estilo de vida eficaz y satisfactorio. (Millon y Davis, 2003)

El criterio de evaluación para una clasificación que emplea el DSM IV e incluye Millon es la denominada evaluación multiaxial, lo que implica una evaluación en varios ejes, cada uno de ellos corresponde a un área distinta de información.

Un sistema multiaxial proporciona un formato adecuado para organizar y brindar información clínica captando la diversidad de situaciones clínicas y para describir la heterogeneidad de los sujetos que presenten el mismo diagnóstico, además de promover la aplicación del modelo biopsicosocial. Los ejes o aspectos propuestos contienen escalas, categorías, típicamente focalizadas en condiciones patológicas y escalas cuantitativas o dimensionales que adaptan el diagnóstico y revisten otros aspectos decisivos para concebir los procesos de salud y enfermedad. (Perales, 1998)

Los ejes que se consideran en la evaluación multiaxial DSM-IV son los siguientes:

Eje I. Trastornos clínicos. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.

Eje II. Trastornos de la personalidad. Retraso mental.

Eje III. Enfermedades médicas.

Eje IV. Problemas psicosociales y ambientales.

Eje V. Evaluación de la actividad global.

Sobre el uso de un sistema multiaxial, Williams (1995) señala que este: “asegura el que se preste atención a ciertos tipos de trastornos, a aspectos ambientales y a áreas de funcionamiento que podrían pasar por alto si el enfoque estuviera centrado en la valoración de un problema individual existente” (p. 242).

La evaluación de los trastornos del Eje II es considerada de modo más compleja que aquellos que corresponden al Eje I, por tanto, tal como refieren Phillips y Gunderson (1995), “una evaluación de los trastornos de la personalidad es esencial para la completa evaluación y adecuado tratamiento de todos los pacientes” (p. 746).

2.1.3. ESTILOS DE PERSONALIDAD PATOLÓGICA

El uso del enfoque de sistemas así como una interacción de dinámicas internas y externas lleva a una clasificación de los diferentes estilos de personalidad patológicas (Millon y Davis, 2003), que son agrupadas de la manera que sigue:

2.1.3.1. Personalidades con dificultades para el placer. Muestran una marcada dificultad para el placer, es decir, en cuanto a la capacidad para experimentar los componentes que integran la promoción y la preservación de la vida. Agrupa a los estilos de personalidad esquizoide, evitativo y depresiva del DSM-IV. El CIE 10 detalla la existencia de los estilos esquizoide y evitativo, mientras que el trastorno depresivo esta incluido en la sección de trastornos del humor.

- a. Trastorno esquizoide de la personalidad: el patrón asocial. La característica básica es su naturaleza reservada, introvertida y marcada tendencia al aislamiento. Presenta dificultades para establecer amistades, prefiere interacciones distantes o limitadas con los demás y parecen tener interés nulo por actividades sociales, debido a lo cual pareciera no obtener satisfacción de las relaciones sociales. Presentan una insipidez emocional intrínseca siendo impermeables a la alegría, ira o tristeza. Esta pasividad interpersonal no es intencionada ni surge por razones de protección sino que se debe a su imperceptibilidad de las necesidades y expresiones de afecto de los otros. Carecen de espontaneidad, resonancia y vivacidad; son torpes, no reactivos y aburridos en las relaciones sociales, sus vidas parecen grises y monótonas

El CIE 10, considera el trastorno esquizoide dentro de su clasificación de trastornos de la personalidad con el código F60.1, mientras que el DSM IV le asigna el código 301.20 y señala diversos criterios diagnósticos, en el que destaca “un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción emocional en el plano interpersonal. Este patrón comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos” (p. 654).

Tomando en cuenta la teoría del aprendizaje biosocial de Millon, este trastorno de la personalidad corresponde a la variante pasiva del patrón socialmente desvinculado, o conocido como pasivo desvinculado (Millon, 1999).

La designación esquizoide, como refiere Millon y Davis (2003), detalla las personalidades que tienen como característica básica el defecto intrínseco de la capacidad para formalizar relaciones sociales.

De acuerdo con el esquema de polaridades que presenta Millon (Millon y Davis, 2003, p. 240)

Muestra que posee una marcada deficiencia de su capacidad para experimentar tanto bienestar psíquico (promoción) como dolor (preservación). ... Debido a estos déficit, los esquizoides tienen pocos motivos para buscar recompensas externas o alejarse de experiencias potencialmente desagradables; el resultado es una persona pasiva (acomodaticia), que no está dispuesta a modificar las circunstancias vitales o a participar activamente en los acontecimientos. A causa de estas deficiencias e inclinaciones, apenas están motivados para implicarse en los asuntos de los otros (educación). Así, por defecto, como mínimo, tienden a estar enfrascados en sí mismos (individuación).

- b. Trastorno de la personalidad por evitación: el patrón de repliegue. Corresponde a un estilo de personalidad, a simple vista, similar al esquizoide, con la salvedad que estos sujetos se aíslan de forma activa. Hipersensibles a los estímulos sociales e hiperreactivos a los sentimientos y estados de ánimo de los demás, especialmente aquellos que podrían insinuar rechazo y humillación. Presentan una marcada ansiedad que invade sus pensamientos e interfieren en sus comportamientos, además de distraerlos de los objetivos placenteros y que potencian la vida, inclinándose a apartarse de los demás como una forma de resguardarse contra el sufrimiento psíquico que auguran.

La Organización Mundial de la Salud (1992), contempla el trastorno de la personalidad por evitación bajo el nombre de Trastorno ansioso (con conductas de evitación) de la personalidad y le atribuye el código F60.6, por otro lado el DSM IV ubica este trastorno con el código 301.82 detallando que “es un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de inadecuación y una hipersensibilidad a la evaluación negativa” (p. 678).

De acuerdo con el esquema de polaridades, Millon (Millon y Davis, 2003, p. 272) detalla:

Preocupación excesiva por actividades que se centran en la *preservación* de la vida, es decir, la evitación de la tristeza y de la ansiedad que se genera como respuesta emocional al dolor psíquico. ... una utilización excesiva del modo *activo* de adaptación (modificación del propio nicho

ecológico), cuya interpretación significa que es necesario un elemento para preservar la vida, un estado de hipervigilancia y una evitación de los acontecimientos que puedan provocar rechazo, denigración, humillación y fracaso. ... el papel de *Sí mismo* frente a los otros es de mínima relevancia ellos son sólo factores secundarios en la orientación y motivación de la vida del individuo evitador.

- c. Trastorno depresivo de la personalidad: el patrón de rendición. Entre las características incluyen tristeza, pesimismo, pérdida de la alegría, imposibilidad para experimentar placer e inhibición motora, se observa una pérdida significativa, rendición de la esperanza de recuperar la alegría; muestran tendencias hacia el dolor, la desesperanza en el futuro, una perspectiva desalentadora y desolada así como un estado irreparable e irrecuperable de lo que pudo ser y no será. Suelen experimentar el dolor como algo permanente y el placer como algo imposible. Algunos tienden al pesimismo y a una perspectiva desalentadora, la experiencia puede condicionarles la tendencia a la indefensión.

El DSM IV, lo incluye dentro del Apéndice B, referido a criterios y ejes propuestos para estudios posteriores, cuya característica principal es “un patrón permanente de comportamientos y funciones cognoscitiva depresivas” (p. 748),

El CIE 10, no lo introduce en su lista de trastornos de la personalidad, incluyéndolo en la sección de trastornos del humor (afectivos) específicamente en el cuadro de distimia.

Un estudio de acuerdo con el esquema de polaridades de Millon es el que sigue:

Una representación fuerte tanto en el polo de la *preservación* como en el estilo de adaptación ecológica de *acomodación*. Esto significa en primer lugar, un exceso de interés en el *dolor* y la angustia, y en segundo lugar, que la persona se *ha rendido*, sucumbiendo básicamente al inevitable hecho de continuar sufriendo y padeciendo (Millon y Davis, 2003, p. 312).

Este patrón podría confundirse con el esquema de la personalidad evitadora, pero cabe señalar que el sujeto depresivo no intenta evitar la angustia o la

desesperanza de la vida, sino que la acepta como si fuesen inevitables e invencibles, permaneciendo pasivos y resignados ante las penosas realidades que han padecido, sin intentar cambiarlas, pero rindiéndose a ellas; mientras que los sujetos evitadores buscan sortear el dolor anticipándose y llevando a cabo planes para distanciarse o evitarla.

2.1.3.2. Personalidades con problemas interpersonales. Lo que permite la agrupación de estos trastornos de la personalidad es que su orientación ecológica se halla fuertemente dirigida en una u otra dirección de la polaridad Sí mismo-otro; presentan una gran capacidad para experimentar placer y potenciar sus vidas, dependiendo de su inclinación hacia sí mismos o hacia los demás, es que orientan sus actividades preservadoras o gratificantes sólo en una dirección.

- d. Trastorno de la personalidad por dependencia: el patrón sumiso. Los sujetos dependientes asumen una postura ecológicamente pasiva dejando que los otros guíen su vida, permitiendo y animando a los demás tomar la iniciativa y hacerse cargo de los sucesos de su propia vida y a estar disponibles para protegerles y cuidarles, suelen necesitar que los demás sean quienes manejan sus vidas.

Exteriorizan una gran propensión a agraviarse a sí mismos y a sus triunfos. Su autoestima se encuentra determinada por el apoyo y el ánimo que los demás le brindan, muestran preocupación por asegurarse quien les cuidará y guiará, quedando a merced de los antojos y estados de ánimo de los otros, con el fin de resguardarse a sí mismos es que se doblan y cumplen los deseos ajenos o se convierten en sujetos tan encantadores que posiblemente nadie querrá dejarlos. Son personas serviles, dóciles y halagadoras que frecuentemente están de acuerdo y agradan de pasar inadvertidas. Se perciben inferiores a los demás, por tal razón es que evitan demostrar iniciativa o tomar decisiones, son contrarios a hacer demandas. Acogen el

papel sumiso con la esperanza de evitar el aislamiento, soledad y el pavor del abandono. Buscan una única *persona mágica*, todopoderosa, en quien asentar su confianza y depender de su protección para evitar el tener que asumir responsabilidades o enfrentarse por sí mismos a los desafíos de la vida.

El CIE 10, detalla este trastorno inmerso en el código F60.7. La Asociación Americana de Psiquiatría en el DSM IV, le atribuye el código 301.6, y considera la presencia de diversas características clínicas en las que se acentúa la “necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación” (p. 682).

El prototipo de personalidad dependiente según el modelo de polaridad señala que las polaridades potenciación, *placer*, y preservación dolor, tienen sólo un peso modesto, la atención se centra básicamente en las polaridades *otros: educador*, y *pasividad: acomodación*. Los dependientes depositan toda su confianza en los otros, por tanto, adoptan un papel pasivo, confiando y dependiente, pero sin iniciativa ni ánimo de competición. (Millon y Davis, 2003)

- e. Trastorno histriónico de la personalidad: el patrón gregario. Este estilo de personalidad hace una demanda activa del interés de los otros mediante diversos trucos de seducción que le permitirán obtener el interés y la atención que necesitan. Por esta razón es que suelen desarrollar una sensibilidad aguda de los estados de ánimo y los pensamientos de las personas a quienes desea agradar. Comparte con el trastorno por dependencia experiencias de desesperanza y el convertir a los demás en el centro de sus vidas. Pueden implicarse de manera activa en cuidar a los otros, pero estos comportamientos carecen de altruismo, sino que corresponden un medio para solicitar y asegurar la aprobación y estima recíprocas.

La Organización Mundial de la Salud en el CIE 10, le asigna el código F60.4. El DSM IV, incluye el trastorno histriónico de personalidad en el código 301.50 y señala como característica principal “la emotividad generalizada y excesiva y el comportamiento de búsqueda de atención” (p. 671).

Desde la perspectiva biopsicosocial, esta personalidad se considera activa y orientada al otro. Por tanto, suelen esforzarse en que los demás se vinculen a ellas, pero con el único objetivo de almacenar alternativas para asegurarse el afecto que necesitan. (Millon y Davis, 2001)

De acuerdo con el modelo de la polaridad de Millon (Millon y Davis, 2003, p. 382): “los elementos que aparecen son la focalización ecológica en los otros: educación y en la *actividad: modificación*. Como es característico de muchos trastornos de la personalidad, las polaridades de dolor y placer no son significativos”.

Estas personalidades rara vez acuden a consulta en primer lugar debido a que la sociedad confunde apariencia con esencia, por esto encontrará recompensa a su buen aspecto y encanto y tendrá los admiradores que desea; en segundo lugar, la variante somatizadora le provee de fuentes de atención que requieren y en tercer lugar la búsqueda de tratamiento ocurre motivados por alguna dificultad del Eje I, en mayor parte ansiedad o depresión. (Millon y Davis, 2001)

- f. Trastorno narcisista de la personalidad: el patrón ególatra. El tipo narcisista basa su autoestima en una presunción ciega y superficial de valía y superioridad personales. El término narcisista connota más que egocentrismo, significa que estos sujetos tienden a la sobrevaloración de su autovalía, dirigiendo sus afectos hacia sí mismos más que hacia los otros, esperan de los demás no sólo el reconocimiento sino también atenciones de acuerdo a lo que cree merecer. Se

muestran saludablemente arrogantes, exhibiendo indiferencia hacia las normas de comportamiento social, sintiéndose por encima de las normas culturales y libres de responsabilidades. Asumen que los otros renunciarán a sus deseos a favor de su bienestar, mantiene la ilusión de una inherente superioridad y valía, y viven con la creencia que recibirán las consideraciones especiales que merecen, esperando que los demás les apoyen por propia voluntad. La debilidad y la dependencia son percibidas como amenazadoras.

El DSM IV señala que la característica principal del trastorno narcisista es “un patrón general de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía” (p. 674), y le asigna el código 301.81, mientras que el CIE 10, no incluye el trastorno narcisista de la personalidad en su taxonomía como un tipo de personalidad y es incluido en el Apéndice I: Criterios Provisionales para Trastornos Determinados.

De acuerdo con el enfoque del aprendizaje biosocial de Millon, le corresponde un estilo de personalidad pasivo independiente que confían en su propia valía y sienten que sencillamente necesitan ser ellos mismos para justificar el estar satisfechos y seguros. (Millon y Davis, 2001)

De acuerdo con el esquema de polaridades de Millon, (Millon y Davis, 2003), se observa:

La primacía de las polaridades *pasividad/acomodación* y *Sí mismo/individuación*. Ejemplifica la focalización narcisista en el *Sí mismo* como centro de la propia existencia y una indiferencia similar hacia *los demás: educación* ... los narcisistas son pasivos, ya que esperan que el resto del mundo cumpla sus órdenes sin ningún esfuerzo por su parte (p. 421).

- g. Trastorno antisocial de la personalidad: el patrón fanfarrón. Estos sujetos son conducidos por la necesidad de probar su superioridad, la independencia no surge de la autoconfianza, sino de la desconfianza de los demás, por lo cual deben proteger su autonomía o controlar a los otros como medida preventiva. Tiene fe en ellos mismos y únicamente se sienten seguros cuando son independientes de las personas que temen les puedan herir o humillar. Se hallan orientados activamente hacia la propia satisfacción, y se inmiscuyen o manipulan el entorno social, a menudo de forma agresiva, amenazante o intimidatoria.

El CIE 10 lo incluye con el código 60.2, denominado como trastorno disocial de la personalidad, cuya característica es llamar la atención debido a la gran discrepancia entre las pautas sociales prevalecientes y su comportamiento. La Asociación Americana de Psiquiatría en el DSM IV, le asigna el código 301.7, señalando que la característica principal de este trastorno es “un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás” (p. 662).

Muchas personas realizan conductas antisociales y no reúnen los criterios necesarios para ser contenidos entre las personalidades antisociales, la conducta de aquellos que presentan un trastorno antisocial, no es un síntoma generado por otros problemas psiquiátricos o como resultado de presiones socio-culturales, sino que es la expresión primaria del trastorno. Estos individuos no exteriorizan una conducta antisocial por algún motivo, sino que esta es un patrón permanente, propio a sus rasgos de personalidad (Turó, 1997).

Phillips y Gunderson (1995, p. 754), señalan, “aunque la psiquiatría ha restringido el uso de este diagnóstico para excusar los actos antisociales, ha sido invariable el reconocer que tales individuos muestran un deterioro psicológico

significativo”, coinciden con Millon y Davis (2001) al afirmar que no todos los antisociales son criminales, como tampoco todos los criminales son antisociales, salvo un pequeño subgrupo de personalidades antisociales entra en conflicto con la Ley.

Siguiendo el modelo de polaridades de Millon (Millon y Davis, 2003, p. 462):

La relevancia asignada a las polaridades Sí mismo: *individuación* y actividad: *modificación*. Lo que sugiere este esquema es que el sujeto antisocial se conduce, en primer lugar, para beneficiarse a sí mismo y, en segundo lugar, para asegurarse de que estos beneficios son para él. ... Recordando experiencias pasadas en las que se consiguió poco con un gran esfuerzo e ingenio, el antisocial sabe que lo que se desea debe conseguirse mediante la propia acción. Además, estas acciones sirven para hacer frente a la malicia que anticipan en los demás y reducir el poder que poseen en las personas que desean explotarles.

2.1.3.3. Personalidades con conflictos intrapsíquicos. Estos estilos de personalidad experimentan al máximo las potencialidades de la vida, es decir, terminan en las polaridades dolor-placer y Sí mismo-otro. Lo problemático de estos casos es que cambian los componentes que conforman estas polaridades. “Al nivel más básico, los principales motivos que guían sus vidas entran en conflicto directo con los demás. No importa cuáles sean sus propias inclinaciones, sus orientaciones internas se mueven en sentidos opuestos; permanecer en guerra consigo mismo es algo intrínseco a su funcionamiento psíquico” (Millon y Davis, 2003, p. 493).

h. Trastorno sádico de la personalidad: el patrón de abuso. Suelen ser personas hostiles, belicosas, indiferentes e incluso demuestran agrado por las consecuencias destructivas de sus actos. Los comportamientos sádicos no se limitan a acciones de los psicópatas, muchos de ellos logran vivir y adecuarse en la sociedad realizando actividades en las que demuestre su superioridad a los subalternos a través de la crueldad física o violencia, o ejerciendo una disciplina marcadamente severa; humilla y rebaja a otros públicamente.

Se debe separar el comportamiento sádico y una personalidad sádica, para esta diferenciación la intencionalidad es fundamental en la definición del constructo, tal como refieren Millon y Davis (2001, p. 539) “El comportamiento se convierte en sádico sólo cuando el conocimiento de que los otros sufren proporciona placer individual. Sólo cuando infligir dolor psicológico o físico se convierte en el principio de organización vital, el individuo presenta una personalidad sádica”.

Millon y Davis, hacia el 2001, señalan que el DSM III-R, Tercera Edición Revisada, incluyó este cuadro en el Apéndice referido a Categorías Diagnósticas Propuestas que Requieren Estudios Ulteriores, considerando como característica principal un patrón patológico de conducta cruel, vejatoria y agresiva que inicia a principio de la edad adulta. El trastorno sádico nunca se incluyó en los manuales referidos por la Organización Mundial de la Salud y no se mantuvo en el DSM IV debido esencialmente a la baja prevalencia de este trastorno en contextos en los que era de esperar, además, un diagnóstico de este tipo podría justificar legalmente el comportamiento cruel.

De acuerdo con el esquema de polaridades de Millon (Millon y Davis, 2003) se observa:

Se centra principalmente en las polaridades dolor: *preservación* y actividad: *modificación*. A primera vista, se puede pensar que la polaridad en la que se centran es básicamente la misma que se observa en la personalidad evitadora. Sin embargo, el evitador anticipa activamente y escapa del abuso, mientras que el sádico ataca activamente y degrada a los demás. Ambos son activos, pero uno inflige dolor, mientras que el otro lo evita. ... el sádico actúa de una forma hostil y malevolente, trabajando activamente para conseguir sus fines. Más que preservar la vida, es activamente malévolos y violento, y ataca y desprecia a los demás en vez de potenciarles (p. 502).

- i. Trastorno compulsivo de la personalidad: el patrón de conformismo. Estas personalidades presentan como problema central el lograr ponerse de acuerdo en cuanto a la elección entre el Sí mismos y los otros. Por tanto, parecen haber resuelto este conflicto a través de la obediencia, pero a un nivel más profundo se encuentran luchando para refrenar su desafío. Manifiestan una asombrosa consistencia, un equilibrio rígido e invariable en todos los pasajes significativos. La consiguen reprimiendo los impulsos hacia la autonomía y la independencia. Aceptan las críticas duras y se someten a las normas establecidas por los otros. Esta restricción es simplemente una evasiva con la que se engañan a sí mismos y a los demás, y sirve también como camisa de fuerza para controlar su resentimiento e ira vividas intensamente.

La Asociación Mundial de la Salud en el CIE 10 lo denomina Trastorno Anancástico de la Personalidad, correspondiéndole el código F60.5. mientras que DSM IV señala que la característica principal de este trastorno es “una preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia” (p. 685), asignándole el código 301.6.

Millon (Millon y Davis, 2003, p. 535), en el esquema de polaridades señala:

Destaca la dominancia de los extremos polares pasivo: *acomodación* y otros: *educación*. ... la fecha situada entre los recuadros *Sí mismo* y *otros*, que representa el conflicto experimentado entre estas dos orientaciones. ... tanto los compulsivos como los negativistas luchan por obedecer las órdenes de los otros o por cumplir sus propios mandatos. El compulsivo resuelve este conflicto anulando todas las señales de interés propio y dedicando todos sus esfuerzos a cumplir los deseos de los otros. La débil intensidad que se observa en la polaridad Sí mismo/individuación y, por el contrario, la fuerte intensidad de la polaridad otros/educación, representan esta resolución. ... destaca la relativa potencia de la preservación sobre la potenciación. Esta diferencia subraya el firme interés que tienen los compulsivos en autoprotegerse del posible daño y

de las críticas, y una indiferencia contrastante para la experiencia del placer y la alegría.

De acuerdo con Millon y Davis (2003), el conflicto de la personalidad compulsiva se podría concebir en términos de cualidades completamente disímiles de dos patrones ligeramente patológicos, la personalidad dependiente y la antisocial. Comparte con la personalidad antisocial el deseo firme, aunque inconsciente de afirmarse, actuar independientemente e incluso transgredir las reglas impuestas por los demás. Con la personalidad dependiente se observa similitud en cuanto a ser claramente obedientes, aceptan las críticas severas de los otros y suprimen todo vestigio de individualidad.

Interiormente se agitan con el desafío como la personalidad antisocial; consciente y comportamentalmente se someten y se conforman como los dependientes. ... los compulsivos se vuelven claramente conformistas y sumisos. ... acatan inflexiblemente las reglas sociales porque así pueden contener sus propios impulsos y se protegen de ellos. No se atreven a desviarse de ese acatamiento absoluto porque temen que su ira acabe descontrolándose y por miedo a exponer a los demás y a sí mismos al resentimiento que sienten en realidad (Millon y Davis, 2003, p. 528).

- j. Trastorno negativista de la personalidad: el patrón vacilante. Estas personalidades son ambivalentemente activas, a diferencia de los compulsivos, los negativistas maniobran sus resentimientos en el mundo que los envuelve de manera indirecta, lo que simboliza su inhabilidad para dar vía libre a la ambivalencia y seguir una estrategia de oposición abierta.

No son capaces de suprimir ni resolver sus conflictos; como consecuencia, su ambivalencia se inmiscuye constantemente en su vida cotidiana, produciéndoles indecisión, actitudes fluctuantes, comportamientos y emociones opositoras, y una impredecibilidad y un talante cambiante generales. No pueden decidirse entre acceder a los deseos de otros con el fin de alcanzar bienestar y seguridad o confiar en sí mismos para estos fines.

Se describe a estas personas partiendo de su negatividad general y resistencia a hacer las cosas que los otros esperan de ellos o pretenden que hagan. Pese a esta resistencia pasiva ostentan una impulsividad caprichosa, un estado de ánimo irritable y un pesimismo gruñón, descontento, melancólico, rígido y crítico que define su comportamiento, malhumorado, descontento y quejándose con frecuencia, obstruyen y desalientan las ilusiones ajenas.

La Organización Mundial de la Salud en el CIE 10 no incluye el trastorno negativista de la personalidad en su calificación de trastornos específicos de la personalidad.

El DSM IV, incluye el trastorno negativista de la personalidad en el Apéndice B: Criterios y Ejes Propuestos para Estudios Posteriores, con el nombre de trastorno pasivo-agresivo de la personalidad y presenta como característica principal: “un cuadro permanente de actitudes de oposición y resistencia pasiva ante las demandas adecuadas de rendimiento social y laboral” (p. 749).

Siguiendo el modelo de las polaridades propuesto por Millon (Millon y Davis, 2003), se observa:

Destaca el elemento de conflicto y ambivalencia representado por la doble flecha entre Sí mismo y otras polaridades, que simboliza la incapacidad de la personalidad negativistas para encontrar un estado cómodo ante la acción según su propio criterio y el criterio de los demás. No encuentran un propósito consistente o firme, por lo que oscilan erráticamente y muestran actitudes fluctuantes y comportamientos impredecibles. Si se inclinan hacia el cumplimiento de los deseos ajenos, se irritan e indignan consigo mismos, y varían rápidamente sus pensamientos y sentimientos a favor de su propio criterio. No obstante, al hacerlo arriesgan la seguridad y el apoyo que necesitan de los otros, lo que provoca que rectifiquen rápidamente y vuelvan a su posición inicial. Los negativista son activos, ... y varían constantemente en cuanto a sus comportamientos, pensamientos y sentimientos. En este proceso experimentan pocas alegrías, imperando el temor y la autopreservación. ... Este carácter errático entre el Sí mismo y el otro es lo que les mantiene en un estado de perpetuo descontento y disforia (p. 570).

- k. Trastorno masoquista-autoderrotista de la personalidad: el patrón afligido. Agrupa a personas que intencionadamente se colocan trabas en su camino, pareciendo requerir el sufrimiento y la necesidad de fracasar. Atribuyen sus logros reales a la suerte, con el fin de evitar la sensación de orgullo, pueden favorecer a la consecución de beneficios por parte de los demás, a la vez que sabotean tenuemente su avance hacia sus propios objetivos.

El CIE 10 no circunscribe una denominación de personalidad masoquista o autodestructiva en su categorización de trastornos de la personalidad. Millon y Davis (2003), señalan que el DSM III R, tercera edición revisada, lo consideró en su Apéndice con el título de *personalidad autodestructiva* y detalla como característica principal un patrón patológico de conducta autodestructiva en la cual el sujeto frecuentemente evita o desestima las experiencias gratificantes dejándose arrastrar por situaciones o relaciones que le van a acarrear un sufrimiento e impedir que los otros le presten ayuda.

De acuerdo con el esquema de polaridades de Millon (Millon y Davis, 2003, p. 607), se aprecia:

El principal componente patológico es la inversión entre los segmentos del dolor y el placer de la primera polaridad. Esto significa que el individuo ha aprendido a experimentar dolor de una forma que le resulta preferible a experimentar placer. ... esta preferencia puede ser relativa, es decir, el individuo puede tolerar un malestar y un abuso significativo si con ello deja de experimentar angustia y humillación. Experimentar un malestar moderado es mejor que sufrir un dolor mucho más intenso. ... existe cierto grado de control y deseabilidad en el hecho de experimentar malestar ... la pasividad indica una aceptación del dolor como una elección realista, puesto que el individuo tiene pocas opciones.

Según el modelo evolutivo, las personalidades masoquistas han alterado la polaridad placer-dolor, lo que significa que el sujeto discurre que lo

emocionalmente doloroso es el medio para conseguir sus objetivos de supervivencia. (Millon y Davis, 2001)

2.1.3.4. Personalidades con déficits estructurales. Millon y Davis (2003), subrayan la importancia de la composición estructural de la personalidad. Estructura y estilo coexisten, mientras el estilo se relaciona visiblemente con la manera funcional con la que el sujeto se relaciona con el mundo interno y externo; la estructura psíquica, además de ser la arquitectura cardinal de la mente, posee un efecto fundamental, ya que modifica el carácter e influye en las experiencias ulteriores, de manera que establece las inclinaciones y las expectativas, pudiendo considerarse como una organización casi permanente. El concepto de organización estructural se refiere a la solidez, a la congruencia interior y a la eficacia funcional y de estilo último de la personalidad. Como sistema complejo de disposiciones y rasgos internos, la estructura y la organización de la mente proceden casi exclusivamente de las inferencias de los fenómenos intrapsíquicos.

Presentan dos características que los diferencian de los niveles menos graves, la primera referida a la *competencia social defectiva*, referida a la historia personal errática de estos pacientes y a su incapacidad de alcanzar un nivel de manejo social acorde a sus aptitudes y talentos naturales; se crea dificultades sin fin y experimentan los mismos infortunios una y otra vez, pese a estos fracasos, la mayoría cuenta con un entorno provechoso y de apoyo que les permite hacer un esfuerzo periódicamente y reanudar la marcha, este proceso de pronta recuperación difiere con aquellos que presentan niveles más graves de descompensación de la personalidad. La segunda característica la constituyen sus *episodios psicóticos periódicos, aunque reversibles*, experimentan frecuentes alteraciones de su equilibrio y están sometidas a estallidos emocionales y comportamientos y

pensamientos incontrolables, que una vez descargados recuperan algún equilibrio psíquico hasta que vuelven a almacenar más tensiones de las que son capaces de manejar.

1. Trastorno esquizotípico de la personalidad: el patrón excéntrico. En esta personalidad queda evidente una multiplicidad de excentricidades persistentes y acentuadas de comportamiento, pensamiento y percepción. Estos síntomas esquizotípicos raros contribuyen a un aislamiento y una autoalienación más básicos y profundos, y derivados de ellos. Estos sujetos suelen llevar una existencia sin sentido, vacía e improductiva, pasando de una actividad a otra sin objetivo, conservándose en la periferia de la vida social, sin establecer relaciones íntimas ni consentir responsabilidades perdurables. Sus rarezas de comportamientos y pensamiento proceden en parte de su repliegue y su existencia aislada.

La Asociación Psiquiátrica Americana le asigna el código 301.22, dentro del apartado destinado a los trastornos de la personalidad, determina que la característica principal de este trastorno es “un patrón de déficit sociales e interpersonales caracterizado por un malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como por distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento” (p. 657). El CIE 10, no considera el trastorno esquizotípico como trastorno de la personalidad, sino una variante de psicosis, un componente del amplio espectro de los trastornos esquizofrénicos, incluyéndolo en el apartado destinado a las Esquizofrenias, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes, con el código F21.

De acuerdo con el modelo evolutivo propuesto por Millon (Millon y Davis, 2003, p. 648), se observa:

El tema principal que ilustra es el vacío o la debilidad que existe en cada uno de los seis tipos de polaridad. ... son notables los signos de labilidad entre cada uno de los tres pares. En esencia, implica que ninguno de los motivos y objetivos de supervivencia del esquizotípico tienen una base firme, y que sus intenciones y metas pueden invertirse o distorsionarse fácilmente. La figura representa la ineficacia de su existencia, además de la carencia de significado y el carácter excéntrico de su actividad. Con poca excitación o motivación, estos individuos se van enajenando cada vez más de las normas sociales y generan comportamientos faltos de propósito y pensamientos curiosos, con frecuente inadecuación de las emociones que expresan.

- m. Trastorno límite de la personalidad: el patrón inestable. La característica principal de esta personalidad es la intensidad y la variabilidad de los estados de ánimo. Los sujetos límites tienden a experimentar largos periodos de abatimiento y desilusión, interrumpidos ocasionalmente por breves episodios de irritabilidad, actos autodestructivos y cólera impulsiva. Estos estados de ánimo suelen ser imprevisibles y parecen ser desencadenados menos por sucesos externos que por factores internos. Presentan relaciones interpersonales tempestuosas e intensas, con constantes rupturas y reconciliaciones convirtiendo su vida en una montaña rusa y melodrama. Frente al abandono real o imaginario experimentan sentimientos crónicos de vacío y soledad, llegando incluso a realizar comportamientos autolesivos con el fin de evitarlo y manipular a los demás. Al carecer del sentido maduro de su propia identidad es que cambian rudamente de objetivos y valores.

La Organización Mundial de la Salud en el CIE 10, le asigna el código F60.3 bajo el nombre de trastorno de inestabilidad emocional, que agrupa a aquellos individuos que presenten una marcada predisposición a actuar de modo impulsivo sin considerar las consecuencias de sus actos, sumado a un ánimo inestable y caprichoso, con una mínima capacidad de planificación y la presencia de intensos arrebatos de ira que lo conducen a actitudes violentas o

manifestaciones explosivas. Detalla dos variantes para este trastorno, pese a que comparten los aspectos generales de impulsividad y falta de control de sí mismo.

- Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo (F60.30). Como característica principal presenta inestabilidad emocional y ausencia de control de impulsos. Con frecuentes explosiones de violencia o comportamiento amenazante, en especial frente a las críticas de terceros.
- Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite (F60.31). Detalla diversas características de inestabilidad emocional. La imagen de sí mismo, los objetivos y preferencias internas incluso las sexuales, se hallan a menudo confusas o alteradas. Presentan facilidad para verse involucrado en relaciones intensas e inestables lo que podría originar crisis emocionales repetidas y acompañarse de una sucesión de amenazas suicidas o actos autolesivos.

La Asociación Americana de Psiquiatría en el DSM IV, señalan que la característica principal de este trastorno es un “patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad” (p. 666) y le asigna el código 301.83.

El modelo de las polaridades de Millon (Millon y Davis, 2003, p. 685), señala:

Lo más significativo es que los tres pares de polaridades están en conflicto ... Esto explica la intensa ambivalencia y la inconstancia que caracterizan al paciente límite, su variabilidad emocional, su imprevisibilidad comportamental y la inconsistencia que manifiestan en sus sentimientos y pensamientos sobre los otros. ... posee inclinaciones distintas, pero que son disarmónicas y discordantes; por tanto, cambia de un lado a otro, primero en una dirección y luego en la opuesta. ... la posición de cada polaridad es temporal, siendo suplantada rápidamente por su opuesta.

- n. Trastorno paranoide de la personalidad: el patrón suspicaz. Presentan como una marcada desconfianza hacia los demás y el deseo de no mantener relaciones en las que puedan perder el poder de autodeterminación. Se muestran cautelosas, suspicaces y hostiles, malinterpretando las acciones de los demás y respondiendo con enojo a todo lo que interpreten como engaño, desaprobación y traición. Presentan una falta de elasticidad y limitaciones en sus habilidades de afrontamiento. Suelen transformar los sucesos insignificantes en algo que hace referencia personal a ellos mismos, imponiendo los significados de su mundo interno al mundo real de tal forma que las situaciones o acontecimientos pierden sus atributos objetivos y se interpretan en términos de expectativas y sentimientos subjetivos en los que pueden afirmar su importancia personal.

La Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, lo detalla con el código F60.0. La Asociación Psiquiátrica Americana le asigna el código 301.0 y señala como característica principal de este trastorno “un patrón de desconfianza y suspicacia general hacia los otros, de forma que las intenciones de éstos son interpretadas como maliciosas” (p. 650).

Desde el punto de vista evolutivo, los rasgos paranoides cumplen el papel de ser *detectores de peligros*, y expresan un intenso miedo al ataque o a la depredación inminente, en especial cuando se relacionan con el engaño o la hipocresía. (Millon y Davis, 2001)

De acuerdo con el modelo de polaridades de Millon (Millon y Davis, 2003, p. 726), se observa:

La presencia de un doble recuadro y un bloque entre cada par de grupos de polaridad. Esto representa el rígido cerco y la compartimentación de los pensamientos y sentimientos de los paranoides sobre sí mismos y sobre los demás, así como la naturaleza inflexible y constreñida con la que perciben y se relacionan con el mundo. Cualesquiera que sean los

motivos y objetivos que han desarrollado en la vida, se mantienen ocultos, firmemente fijados, inmutables e influenciados por las circunstancias de la vida.

- o. Trastorno de la personalidad descompensada: el patrón terminal. El término estructuralmente descompensado se refiere a los tipos de personalidad más deteriorados. Las características descompensadas se hallan profundamente arraigadas y son relativamente estables, casi siempre, estas personalidades requieren una atención y tratamiento institucional, y la diferencia con los trastornos psicóticos de Eje I, se halla en la duración y extensión de su deterioro.

Presentan un deterioro uniforme e intenso que raras veces se ve obstaculizado por pensamiento lúcidos y comportamientos convencionales. Suelen ser incapaces de valerse por sí mismos en la vida diaria, hacen pocos esfuerzos por *comprometerse* y no pueden desempeñar ningún papel social aceptable. Las características centrales de esta personalidad son: *disminución de la conciencia de realidad* y un *descontrol cognitivo y emocional*.

Los síndromes clínicos a nivel psicótico y los trastornos de la personalidad descompensada son incapaces de discriminar entre la fantasía subjetiva y la realidad objetiva; los sucesos adoptan el carácter de ensueño, un mundo confuso y fantasmagórico de impresiones efímeras y distorsionadas, desfiguradas por estado de ánimo e imágenes internos. Son incapaces de apreciar correctamente las amenazas a las que se hallan expuestos o las recompensas que pueden conseguir; la diferencia entre refuerzos positivos y los negativos es confusa, lo cual genera que se comporte de manera vaga, irracional y extraña.

En la Tabla 1, se presenta la lista de criterio multidimensional para cada uno de los trastornos de la personalidad en función a una evaluación de los diversos ámbitos funcionales y estructurales de la personalidad (Millon y Davis, 2003).

Tabla 1

Lista Criterio Multidimensional para los Trastornos de la Personalidad

<i>Trastornos</i>	<i>Actos Expresivos</i>	<i>Conducta Interpersonal</i>	<i>Estilo Cognitivo</i>	<i>Representaciones del Objeto</i>	<i>Imagen de Sí Mismo</i>	<i>Mecanismos Reguladores</i>	<i>Organización Morfológica</i>	<i>Estado de Ánimo y Temperamento</i>
<i>Paranoide</i>	A la defensiva	Provocativa	De sospecha	Inalterables	Inviolable	Proyección	Rígida	Irascible
<i>Esquizoide</i>	Letárgicos	Alejada	Empobrecido	Sin diferencias	Complaciente	Intelectualización	Escasa	Embotado
<i>Esquizotípico</i>	Extraños	Reservada	Autista	Caóticos	Enajenado	Deshacer	Fragmentada	Agitado
<i>Antisocial</i>	Impulsivos	Irresponsable	Desviado	Rebeldes	De autonomía	Expres. Externa	Sin Límites	Insensible
<i>Límite</i>	Precipitados	Paradójicos	Caprichoso	Incompatibles	Inconstante	Regresión	Difusa	Lábil
<i>Histriónico</i>	Artificiales	De coqueteo	Frívolo	Vacías	Sociable	Disociación	Desunida	Inestable
<i>Narcisistas</i>	Arrogantes	Explotadora	Expansivo	Inventadas	De admiración	Racionalización	Falsa	Imperturbable
<i>Por evitación</i>	Precavidos	De evitación	Distraído	Molestas	Enajenada	Fantasía	Frágil	Angustiado
<i>Por dependencia</i>	Incompetentes	Sumisa	Ingenuo	Inmaduros	De ineptitud	Introyección	Incipiente	Pacífico
<i>Obses. Compul</i>	Disciplinados	Respetuosa	Limitado	Ocultas	Responsable	Form. Reactiva	En compartimiento	Solemne
<i>Pasiv agresiv</i>	Testarudos	Opuesta	Negativista	De oposición	Descontento	Desplazamiento	Desviada	Irritable
<i>Sádico</i>	Sin temor	Cruel	Dogmático	Perniciosas	Competitiva	Aislamiento	Con arrebatos	Hostil
<i>Autodestructivo</i>	Sobrios	Deferente	Inconsistente	Degradadas	Sin valía	Devaluación	Invertida	Triste

2.1.4. AFECTIVIDAD

La evaluación de la afectividad constituye una de las tareas más difíciles. De acuerdo con Crespo (2002):

La afectividad confiere una sensación subjetiva de cada momento y contribuye a orientar la conducta hacia distintos objetivos, por lo que la vida afectiva se puede definir, siguiendo a Bulbena (1991), como el conjunto de estados que el sujeto vive de forma propia e inmediata: subjetividad, que influyen en toda su personalidad y conducta: trascendencia, especialmente en su expresión verbal y no verbal: comunicatividad y que, por lo general, se distribuyen en términos duales como alegría-tristeza, agradable-desagradable, etc.: polaridad. (p. 219)

Desde el punto de vista clínico, se entiende por afectividad el conjunto de experiencias que definen y delimitan la vida emocional del individuo. Se halla constituida por diferentes elementos, como sentimientos, emociones, deseos entre otros, aunque tales términos más de una vez han sido utilizados erróneamente.

a.- Emoción: Estado de respuesta afectiva interna que se acompaña de síntomas somáticos, generalmente vegetativos, de duración breve, producidos de forma súbita como repuesta a una vivencia y que tienden a mantener o a abolir el acontecimiento desencadenante. Crespo (2002), añade, que puede definirse como un estado de ánimo producto de impresiones de los sentidos, ideas o recuerdos que con frecuencia se traduce en gestos, actitudes u otras formas de expresión.

Young (1979), señala que las emociones son procesos y estados afectivos complejos que se originan en situaciones que una persona afronta en la vida y que se manifiestan en sentimientos subjetivos. Alava (2001), añade que las emociones dependen de la conciencia que tiene el organismo de la importancia de una situación y de esta manera intervienen los procesos cognitivos de percepción y pensamiento; reflejándose tanto en la conducta psicofísica como en la experiencia subjetiva del

organismo. En las emociones se puede identificar componentes psíquicos, somáticos y conductuales que se relacionan con el afecto y con el estado de ánimo.

Crespo, hacia el 2002, refiere que en el lenguaje coloquial el término emoción se utiliza para hacer referencia a situaciones que conmueven tales como una catástrofe, muerte de un ser querido o cualquier otro acto emotivo.

Fernández, Zubieta y Páez (2000), puntualizan que la emoción es un conjunto de fenómenos que comprende la interpretación de un ambiente conllevando cambios fenomenológicos, expresivos y fisiológicos. Sumados a estos procesos le siguen aquellos de interpretación y regulación que también conforman la emoción.

- b.- Sentimientos: Según Crespo (2002), los sentimientos constituyen la experiencia subjetiva de la emoción, presentan mayor duración y no se acompañan del amplio abanico de síntomas vegetativos que ocurren en las emociones; los sentimientos se parecen a las emociones en que son estados afectivos complejos, pero difieren de aquellas en que son estables, duraderos y menos intensos. Young (1979) detalla que son procesos afectivos basados en experiencias pasadas: recuerdos de lugares, eventos, personas, etc. Son experiencias subjetivas, afines con los estados de ánimo.

De acuerdo con Sifneos (referido por Sivak y Wiater, 1997), los sentimientos constituyen el aspecto psicológico del afecto.

- c.- Afectos: El DSM IV define a los afectos como “Un patrón de comportamientos observables que es la expresión de sentimientos (emoción) experimentados subjetivamente” (p. 779). Por tanto, de acuerdo con Crespo (2002), señala el conjunto de los sentimientos, refiriéndose a un sentimiento subjetivo que acompaña a una idea o una representación mental.

En términos coloquiales este vocablo se refiere al sentimiento positivo, de simpatía o amistad que cualquier persona profesa por alguien o algo.

Sivak y Wiater (1997), citan a Sifneos quien señala que el afecto es un estado interno que conserva compuestos biológicos y psicológicos; es producto de la emoción y del sentimiento.

d.- Humor: Constituye el equivalente del estado de ánimo. Es el tono afectivo, sobretodo como lo experimenta interiormente el individuo. (Crespo, 2002)

De acuerdo con el DSM IV (Pág. 782), el estado de ánimo consiste en una “emoción generalizada y persistente que colorea la percepción del mundo”, a diferencia del afecto, que se refiere a cambios más fluctuantes en el *tiempo* emocional, el estado de ánimo se refiere a un *clima* emocional más persistente y sostenido.

2.1.5. ALEXITIMIA

El término alexitimia etimológicamente hace referencia a una perturbación cognitivo-afectiva, que devienen del griego *a:* falta, *lexis:* palabra y *timos:* afecto, lo que literalmente significaría *ausencia de verbalización de afectos*. Este término fue acuñado hacia la década de los '70 por Sifneos, Nemiah y colaboradores del Beth Israel Hospital de Boston, Estados Unidos, tal como lo refirieran Sivak y Wiater (1997) y Moral de la Rubia (2005). A lo que añaden que corresponde un estilo cognitivo cuya característica principal es la inhabilidad para verbalizar sentimientos y discriminarlos, motivo por el cual el sujeto presenta una tendencia a la acción frente a situaciones de conflicto.

Sivak y Wiater (1997), Martínez-Sánchez y Marín (1997), Velasco (2000), Casullo (2001), Martínez-Sánchez, Montero y De la Cerra (2001), Crespo (2002) y Moral de la Rubia (2005), coinciden en afirmar que la definición inicial de este término se basaba en pacientes que padecían trastornos psicosomáticos, y que en la actualidad suscita gran

interés entre los investigadores de la psicología de la emoción, así como para los motivados por la psicosomática, la psicología de la salud y la psicopatología. Fernández-Montalvo y Yarnoz hacia 1994, detallaron que la alexitimia es considerada como un fenómeno presente tanto en poblaciones con trastornos psicosomáticos así como en aquellos que no padecen tales trastornos.

Velasco (2000), considera que la alexitimia puede ser entendida como un estilo cognitivo propio del lenguaje y los pensamientos, determinado por un déficit en el procesamiento de la información emocional o en la regulación del afecto. Por tanto, los sujetos alexitímicos, más que una incapacidad para experimentar o sentir los estados emocionales y expresarlos, exhiben dificultades para diferenciarlos y verbalizarlos.

Blanco (referido por Crespo, 2002), detalla la existencia de una alexitimia normal en la infancia, y la madurez trae consigo una capacidad en la introspección y descripción afectiva, lo que se halla sujeto a influencias educativas y culturales muy importantes.

De acuerdo con Sivak y Wiater (1997), Martínez-Sánchez (1998) y Velasco (2000), la alexitimia se caracteriza por:

- Dificultad para reconocer, identificar y describir las emociones, y para distinguir entre estados emocionales y sensaciones físicas.
- Baja simbolización, manifestada por la pobreza para fantasear y la actividad imaginaria.
- Presencia del pensamiento operatorio, tendencia a focalizar la atención en los aspectos externos de un suceso en detrimento de las experiencias internas.

Crespo (2002), al igual que Otero (1999) y Espina, Ortego, Ochoa de Alda y Alemán (2001) separan la primera característica de la alexitimia, detallando:

- Incapacidad para identificar los sentimientos y dificultad para identificar dichos sentimientos de sensaciones físicas.
- Incapacidad para expresar, comunicar o describir sentimientos.

García-Esteve y colaboradores (hacia 1988, citados por Fernández-Montalvo y Yarnoz en 1994, p. 358) detallan que la alexitimia podría ser definida como un síndrome clínico formado por las características psicológicas, cognitivas y conductuales que a continuación le siguen:

- Dificultad para verbalizar emociones, reconocerlas y utilizarlas como señales internas.
- Dificultad para localizar las sensaciones del propio cuerpo.
- Tendencia a utilizar la acción como estrategia de afrontamiento ante situaciones conflictivas. Precisamente por su tendencia a la acción y su pragmatismo han sido relacionados con el patrón de conducta tipo A, sin que hasta el momento existan estudios al respecto.
- Pensamiento concretista, desprovisto de símbolos y abstracciones.
- Rigidez en la comunicación preverbal, con escasa mímica y pocos movimientos corporales.

Moral de la Rubia y Retamales (2000) señalan que el concepto la alexitimia comprende un conjunto de rasgos tales como pobre conciencia emocional; dificultad para verbalizar los sentimientos; vida imaginativa casi inexistente; pensamiento concreto, centrado en detalles externos, con escasa creatividad y clara distorsión en la autoevaluación.

Velasco (2000) añade que el constructo alexitimia podría tener similitudes con el concepto de inhibición emocional debido a que ambas presenta un marcado déficit en la expresión emocional, la diferencia entre ambos conceptos es que mientras que en la inhibición existe un esfuerzo voluntario y conciente para suprimir los afectos; en la alexitimia el sujeto es consciente de vivenciar una situación particular en ruptura con su funcionamiento habitual; verificando una dificultad para identificar el tipo de estado emocional vivenciado y problemas para expresar de manera verbal los afectos.

Hacia 1981, Lolas y colaboradores (en Martínez-Sánchez y Ortiz, 2000), reformula el concepto de alexitimia como una ausencia de significados emocionales compartidos en situaciones reales más que como una simple disminución de expresiones afectivas.

Martínez-Sánchez, Ato y Ortiz (2003), investigaron sobre la estabilidad temporal de los niveles de alexitimia en relación a los cambios generados por el malestar emocional ocasionados frente a eventos estresantes concluyendo que la alexitimia constituía un rasgo estable de la personalidad; similar conclusión fue hallada por Salminen, Saarijärvi, Äärelä y Tamminen (referidos por Velasco, 2000), quienes constataron que el nivel de alexitimia permaneció estable en un grupo de pacientes admitidos en un hospital mientras que otras variables tales como malestar psicológico, depresión y ansiedad disminuyeron. Otros investigadores tales como Keltikangas-Jarvinen (citados en Velasco, 2000), señalan que la alexitimia podría disminuir en algunos pacientes considerándola bajo estos resultados como un estado más que como un rasgo de la personalidad.

Roca, Tejero, Trujols, Soler, Cid, Camping y Pinet (1999), señalan que la alexitimia es un rasgo de personalidad que suele asociarse a diversos trastornos, ya que al presentar una limitada conciencia emocional y afectiva, facilita la amplificación de las sensaciones físicas de las emociones, explicando de esta manera la tendencia a desarrollar trastornos por somatización y psicossomático, presentando una mayor vulnerabilidad al estrés.

La alexitimia, tal como señala Velasco hacia el 2000, no puede ser contemplada como un fenómeno de todo o nada, sino que podría ser considerada como una característica de intensidad variable o como un estado temporal del pensamiento y de las modalidades de expresión. Fernández-Montalvo y Yarnoz (1994), declaran que la alexitimia es un

concepto de rango, y que no todos los individuos tienen el mismo grado de alexitimia, siendo común la presencia de cantidades pequeñas.

Freyberger (citado por Otero, 1999), introduce el término *alexitimia secundaria*, haciendo referencia a una reacción temporal específica que acompaña o subsiste tras una situación de enfermedad orgánica, un traumatismo significativo o determinadas situaciones de conflicto en cualquier sujeto que puede dispersarse cuando la situación decrece, denominada *alexitimia secundaria aguda*; o puede ser un estado permanente en pacientes cuya enfermedad o traumatismo tiende hacia un desarrollo crónico, *alexitimia secundaria crónica*; a diferencia de la *alexitimia primaria* que se refiere al efecto del bloqueo temprano en el desarrollo afectivo del niño y tendría un significado etiológico de predisposición personal cognitivo-afectiva.

Páez, Fernández y Mayordomo (2000), señalan que la alexitimia secundaria hace referencia a la poca expresión verbal y una respuesta subjetiva poco elaborada frente situaciones emocionales, y por ejemplo suele ser característico de la cultura china.

Si se entiende la alexitimia como una alteración de la personalidad como detalló Kristal (referido por Sivak y Wiater, 1997), se pueden diferenciar tres áreas de trastornos:

- a.- Cognitivo: Corresponde a los rasgos descritos en el pensamiento operatorio, en el cual las dificultades para simbolizar no corresponden a una limitación intelectual. Utilizan los símbolos como signos, sin creatividad y sin integrarlos en un contexto personal.
- b.- Afectivo: Se refiere a la dificultad para verbalizar las emociones y a la dificultad de diferenciar sensaciones corporales y actuaciones impulsivas.
- c.- De las relaciones interpersonales. Ya que supone una alteración de la empatía.

Tal como señala Velasco (2000, p. 25):

La alexitimia aparece como un fenómeno con varias caras; las consecuencias de la incapacidad para verbalizar sentimientos y emociones repercute en las relaciones interpersonales, la creatividad, el reconocimiento de un espacio interior, así como la riqueza comunicacional y la naturaleza del sufrimiento.

Fernández-Montalvo y Yarnoz (1994), Sivak y Wiater (1997) y Crespo (2002), detallan que la alexitimia no es una característica diagnóstica psiquiátrica incluida en el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales en sus diversas revisiones, tratándose más bien de una caracterización del tipo de pensamientos, sentimientos y procesos relacionados que pueden existir en sujetos con una amplia variedad de diagnósticos psiquiátricos.

Para Martínez-Sánchez y Marín (1997) y Posse, Häliström y Backenroth-Ohsako (2004), este constructo ha generado gran interés entre los investigadores, concediéndole un rol destacado en la etiología de diversos trastornos psicossomáticos y psicopatológicos, en calidad de posible predictor premórbido, factor mantenedor del trastorno, e indicador pronóstico de la respuesta terapéutica.

2.1.5.1. Signos Asociados con la Alexitimia

Casullo (2001) y Velasco (2000) señalan que entre las características que se han añadido a este constructo figuran:

- a. Alto grado de conformismo social. Debido principalmente a la impresión de *normalidad* que manifiestan los sujetos alexitímicos, lo que los hace parecer sumisos frente a los estereotipos culturales.
- b. Pobre capacidad para la empatía en las relaciones interpersonales. Característica que se une con la dificultad para reconocer los sentimientos y que implica, además, estereotipias en las relaciones sociales. Lo que a la par genera conflictos interpersonales tal como señala Ulich (1985), ya que tomar en serio a una persona

significa tomar en serio sus sentimientos, siendo esta una condición indispensable para desarrollar una relación de confianza.

- c. Ausencia de la capacidad para la introspección. Lo que explicaría sus dificultades en interrogarse acerca de lo que sienten o piensan.
- d. Incapacidad para distinguir entre emociones y sensaciones. Los sentimientos se confunden con las emociones quedando los primeros supeditados a los segundos.
- e. Presencia de síntomas físicos asociada con la incapacidad de caracterizar claramente las sensaciones corporales y de utilizarlas como signos de malestar emocional (Páez, Fernández y Mayordomo, 2000).
- f. Baja reactividad emocional. Inclusive frente a situaciones o escenas conmovedoras.

Toscano (1998, p. 218), explica la alexitimia como un problema en el funcionamiento psíquico que se manifiesta principalmente en su estilo de comunicación, “Ésta se caracteriza por una reducción marcada o ausencia del pensamiento simbólico, por lo tanto, sus actitudes internas, emociones, deseos, etc., no pueden revelarlo, su pensamiento es lineal, práctico, dirigido a minucias y procesos externos”. Luego añade:

Tienen gran dificultad en reconocer y describir sus emociones, así como también tienen problemas para discriminar entre sus estado emocionales y sus sensaciones corporales, a veces tienen explosiones de rabia o llanto, pero no pueden explicar su causa, socialmente aparentan buena adaptación, pero es sólo superficial porque no tienen contacto con su realidad psíquica, son como robots que van por la vida en forma mecánica como si se guiaran por un libro de instrucciones, a veces su aspecto es tieso, con falta de expresiones faciales y carecen de la capacidad de empatía.

2.1.5.2. Evolución Histórica del Concepto de Alexitimia

El concepto alexitimia ha sido descrito por diversos autores hace años atrás, tal como declaran Fernández-Montalvo y Yarnóz (1994), Sivak y Wiater (1997) y Otero (1999).

Ferenczi (1924) describió que en los pacientes psicossomáticos no se hallaba fantasía investida de afecto, planteando el modelo defensivo en el cual existía una represión del material psíquico y una supresión del afecto. Hacia 1945, Polavsky mencionaba un carácter vago e impersonal del discurso de los pacientes psicossomáticos.

Ruesch (1948), lo señalaba como una pobreza en la simbolización, mientras que Groen y Bastiaans en 1951, describían en estos pacientes la escasa capacidad de desprenderse del impacto afectivo en situaciones de estrés emocional considerándolas como situaciones normales. Freedman y Sweet, hacia 1954, denominan a los pacientes psicossomáticos como iletrados emocionalmente. McLean en 1949 lanza como hipótesis la presencia de un déficit cerebral funcional entre el rinencéfalo y el área neocortical del lenguaje por tal razón es que estos pacientes psicossomáticos solamente expresaban su estado emocional a través del lenguaje de los órganos.

Otero (1999), refiere que Horney hacia 1952, señala que una característica de los pacientes psicossomáticos radica en su falta de conciencia emocional, escasez de experiencias internas, incapacidad de soñar, pensamiento concreto y estilo de vida de cara el exterior. Años después Marty y M'Uzan introducen el término pensamiento operatorio designando así un estilo de funcionamiento mental caracterizado por traducir la realidad de un modo utilitarista, concreto, sin fantasía y pobre afectivamente.

Hacia 1973, Sifneos acuña el término griego alexitimia que significa sin palabras para los sentimientos, englobando la constelación de factores cognitivo-afectivos propios del estilo comunicativo de los pacientes psicossomáticos, no creando un concepto nuevo, sino organizando en una entidad conceptual las observaciones clínicas y fenomenológicas descritas en pacientes psicossomáticos. Lesser y Lesser (1983, referido por Fernández-Montalvo y Yarnoz en 1994), refieren que la alexitimia es un concepto

descriptivo que agrupa un sin número de conceptos clínicos en una forma fácilmente comunicada, no siendo una declaración sobre una enfermedad de algún paciente, sino, por el contrario una declaración sobre un paciente que podría tener una variedad de enfermedades.

Bodni en 1991, (referido por Sivak y Wiater, 1997) considera la alexitimia como una especie de dislexia de los afectos, no haciendo referencia a que el individuo no sienta o no tenga afectos sino de que, pese a la intensidad que estos tengan, no logre discriminar matices.

2.1.5.3. Teorías Etiológicas de la Alexitimia

El estudio de la alexitimia ha sido abordado por diversos enfoques quienes intentan explicarla. (Fernández-Montalvo y Yarnoz, 1994; Sivak y Wiater, 1997 y Otero, 1999)

a Neuropsicológico: Conforme con este enfoque se podría hacer referencia a dos modelos principales, tal como señalan Sivak y Wiater (1997), en primer lugar el modelo vertical, que trabaja la transmisión de información entre el sistema límbico y el neocórtex; y el modelo transversal, que estudia la especialización hemisférica.

- Modelo vertical. Hace referencia a una posible conexión inadecuada entre el sistema límbico, lugar de las emociones; y el neocórtex, lugar de la palabra. Entre sus principales seguidores se encuentra a Sifneos quien trató de relacionar los factores neuropsicológicos y psicodinámicos, señalando que para los sujetos alexitímicos las relaciones interpersonales podrían conducir a situaciones de estrés, produciendo sensación de impotencia trayendo consigo consecuencias psicológicas tales como pensamiento operatorio y respuesta de acción para descargar la tensión; así como también respuestas fisiológicas, siendo estas hiperactividad del sistema nervioso autónomo y del sistema endocrino.

Más adelante, reformula su hipótesis inicial proponiendo como posibles causas de la alexitimia: un defecto anatómico estructural o una deficiencia neurobiológica determinada por factores hereditarios; un déficit en la transmisión interhemisférica; un traumatismo en el desarrollo infantil; un traumatismo ligado al entorno en el adulto que implicaría una regresión masiva; o quizá la influencia de factores socioculturales o psicodinámicos (Sivak y Wiater, 1997).

Nemiah, quien investigó junto a Sifneos, propuso una explicación de la alexitimia siendo esta un bloqueo del sistema límbico de los impulsos orientados a la corteza cerebral, este bloqueo imposibilita el conocimiento de las emociones en la que podría estar implicada la dopamina. Este origen se debería tanto a mecanismos defensivos psicológicos como por discontinuidades físicas en la estructura neuronal y vías de paso.

- Modelo transversal: Taylor propuso este modelo al señalar la poca evidencia experimental del modelo propuesto por Nemiah referente a un posible defecto neurofisiológico en la modulación entre el neocórtex y el sistema límbico. De acuerdo con él debido a que la alexitimia es una forma de no expresar emociones podría estar implicado el hemisferio derecho. Hoppe, otro defensor de este modelo remarca que la alexitimia puede deberse a una imposibilidad de transferencia correcta de información entre el hemisferio derecho y el hemisferio izquierdo, sumado a posibles limitaciones o a un pobre funcionamiento del hemisferio derecho.

Freyberger (1977, citado por Sivak y Wiater en 1997), plantea un compromiso pragmático entre las teorías neurofisiológicas y psicosociológicas además de una clara diferenciación entre alexitimia primaria y secundaria, considerando a la

primera con una etiología genética y neurofisiológica, de carácter irreversible, mientras que la alexitimia secundaria de índole psicogénico y atribuible a perturbaciones en la dinámica temprana de las relaciones materno filiales o a situaciones afectivas traumáticas, manteniendo un carácter reversible.

- b Psicológico: La alexitimia es estudiada tanto como mecanismo de defensa o como un déficit en la organización psíquica.

Krystal (hacia 1979, referido por Sivak y Wiater, 1997) detalla que la alexitimia es una detención del afecto causado por un trauma psíquico infantil o por una regresión afectivo-cognitiva producto de un evento catastrófico en la vida adulta; por tanto, la aparente negación de la afectividad no es exclusiva de los afectos dolorosos sino que también se extiende hacia situaciones satisfactorias y placenteras, denominada anhedonia.

Sivak y Wiater (1997) citan a McDougall quien considera que la alexitimia es un modo defensivo de la estructura psíquica frente a los eventos con valor traumático para el aparato psíquico, llegando a considerar que la alexitimia surge debido a los conflictos en la relación madre-hijo y es una defensa frente a primitivos temores, empleando el mecanismo del repudio, como el medio por el cual los afectos y sus representaciones podrían ser desalojados de la conciencia, lo que produciría que el afecto quede escindido entre su componente psíquico y el aspecto psicosomático, reduciendo lo afectivo en una expresión fisiológica. La autora extiende el concepto de alexitimia a la incapacidad para comprender los estados emocionales y los deseos de otras personas, experimentando así, grandes dificultades cuando intenta conocer que significa la gente para ellos y que significan ellos para los demás. Este concepto podría ser considerado como un complemento del modelo neurobiológico.

c Sociocultural: Casullo (2000), cita a Kirmayer y colaboradores quienes consideran que la alexitimia es un resultante de un proceso social y cultural, remarcando que si bien es cierto que las emociones existen en todas las culturas, no en todas las culturas se remite a sentimientos intrapsíquicos para entenderlas, siendo la alexitimia la consecuencia de un tipo de interacción social, añadiendo que ejemplos de sujetos alexitímicos a las minorías, sectores sociales poco favorecidos, los migrantes y sujetos con bajo nivel de escolaridad.

Onnis y Di Genaro (1987, referidos por Espina et al. 2001), interesados en el ámbito familiar, plantean que la alexitimia, más que un problema individual, es un síntoma de una familia que evita el conflicto y las tensiones emocionales; las dificultades para verbalizar experiencias emocionales son debidas a que las emociones son bloqueadas en estas familias, para mantener un clima armónico.

Martínez-Sánchez, Montero y De la Cerna (2001), señalan que la manera más adecuada de entender la alexitimia es considerarla como una alteración multicausal, en la cual confluyen influencias genéticas, socioculturales, alteraciones neurobiológicas, déficits en el desarrollo afectivo, así como deficiencias en el procesamiento cognitivo de la información y regulación afectiva.

2.1.5.4. Alexitimia y Variables de la Personalidad

Velasco (2000), señala que los sujetos que muestran altos niveles de alexitimia presentan ciertas características tales como: predisposición a somatizar; patrón de expectativas y atribuciones encaminado hacia el locus de control externo; altos niveles de ansiedad cognitiva, fisiológica y motora, y depresión; actitud preponderantemente negativa hacia la expresión emocional y patrón de pensamiento operatorio-concreto; mínima autoconciencia respecto de los aspectos internos y externos; bajos niveles de

deseabilidad social; peor balance afectivo; menor apoyo social objetivo y subjetivo y uso de formas evitativas de afrontamiento.

Bagby, Taylor y Parker (1994, referidos por Casullo, Castro y D'Anna hacia el 2000), señalan que los sujetos alexitímicos, no suelen ser extrovertidos y muestran intereses más restringidos, siendo menos perspicaces e ingeniosos, así como registrar más trastornos psicológicos.

Casullo (2001), Espina et. al. (2001) y Espina (2002), coinciden en señalar la correlación negativa que existe entre la extraversión y de manera positiva con depresión, ansiedad y neuroticismo. La depresión y la alexitimia a pesar de presentarse coincidentemente en algunos sujetos en algunas circunstancias son dos constructos diferentes. De acuerdo con Páez, Fernández y Mayordomo (2000), la alexitimia correlaciona negativamente con la extraversión, apertura a la experiencia, y de manera positiva con el neuroticismo.

Luminet en 1997 y Taylor, Bagby y Parker en similar año (referidos por Páez, Fernández y Mayordomo, 2000) señalan que la relación entre neuroticismo y extraversión con respecto a la alexitimia son complejas. La primera incluye calidez, gregarismo y tendencia a experimentar emociones positivas, los extravertidos socializan y hablan sobre sus emociones al menos de las positivas, mientras que los introvertidos reflexionan sobre sus emociones, sobretodo, de los aspectos internos, ocurriendo lo opuesto en los alexitímicos. La alexitimia se asocia exclusivamente y de forma negativa con la particularidad de vivenciar emociones positivas de la extraversión.

El neuroticismo se define como una dimensión de personalidad que se caracteriza por la tendencia a experimentar emociones negativas, incluidas la ansiedad, hostilidad y depresión. Los sujetos neuróticos tienden a hablar sobre sí mismos, en especial sobre

sus emociones negativas, mientras que los alexitímicos hablan menos sobre sus emociones particularmente sobre las negativas, presentando así una mayor propensión a experimentar ansiedad, depresión y vergüenza. La relación de la alexitimia con el neuroticismo y extraversión se da en el área de la vivencia afectiva. A mayor alexitimia, menor vivencia emocional positiva y, por ende, menor extraversión, y a mayor alexitimia, mayor afectividad negativa y, por lo tanto mayor neuroticismo (Páez, Fernández y Mayordomo, 2000).

De acuerdo con Belloch, Sandin y Ramos (1995), se observa relación entre las dimensiones de la alexitimia y determinados tipos de reacción al estrés de Grossarth-Maticek y Eysenck, entre los resultados se obtiene que la puntuación global de alexitimia correlaciona de manera positiva con los tipos 1 y 5 (tipo predisposición al cáncer y tipo racional-antiemocional, respectivamente), pero no con los demás tipos. El tipo 4 (tipo saludable), correlaciona de manera negativa con las dimensiones de la alexitimia, mientras que la dimensión relacionada con la dificultad para identificar sentimientos pareciera ser un factor de riesgo general psicosomático debido a que se asocia a todos los tipos de reacción al estrés no saludables.

La alexitimia ha sido estudiada en diversos cuadros clínicos, por diversos autores, hallando correlaciones en entidades clínicas tales como infarto, adicciones, conductas de riesgo, hipertensión arterial, artritis, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, trastornos somatomorfes, trastornos de la conducta alimentaria, esclerosis múltiple, insuficiencia renal, dolor, estrés, entre otros (Sivak y Wiater, 1997) e Arbinaga (2001-2002).

Los pacientes alexitímicos, no suelen ser extravertidos y poseen intereses más restringidos, siendo menos perspicaces e ingeniosos, además de presentar más trastornos psicológicos (Barembaun e Irvin 1996, en Casullo et al, 2000).

Casullo (2000), refiere que un alexitímico no es una persona completamente introvertida, dado que la introversión supone capacidad introvertida. Los patrones alexitímicos se vincula con déficit en la regulación afectiva, hallándose en asociación con la ambivalencia ante la expresión de afectos y menor atención y elaboración emocional. A lo que añade que el constructo alexitimia parece relacionada con estrategias de afrontamiento: *coping*, asociados con la evitación cognitiva, emocional y conductual; siendo equivocado asociarlo con el concepto de inhibición emocional debido a que los sujetos alexitímicos presentan una alta frecuencia de activación displacentera indiferenciada que no puede simbolizar en palabras.

2.1.5.5. Alexitimia y Cultura

Casullo referida por Sivak y Wiater (1997), declara que la alexitimia puede expresar un conflicto intrapsíquico importante o también un patrón aprendido por el individuo en su calidad de actor social y participante cultural.

Páez, Fernández y Mayordomo hacia el 2000, declaran que una de las variables relacionadas con el constructo alexitimia es la cultura, concibiéndose esta como un conjunto de conocimientos denotativos: *lo que es o creencia*; connotativos: *lo que debería ser o actitudes, normas y valores*; y pragmáticos: *cómo se actúa o roles procedimentales*, compartidos por un grupo de individuos que presentan una historia común y que participan en una misma estructura social.

Níkeles y Levison, referidos por Páez, Fernández y Mayordomo (2000), plantean cuatro problemas básicos que afrontar:

- La relación con la autoridad.
- La concepción del Yo y de la persona: tanto la relación entre la persona y la sociedad y la concepción de la masculinidad y la feminidad.

- Los conflictos y su resolución, relacionados por otra parte con la expresión o inhibición de las emociones y control de la agresión.

La distancia jerárquica plantea hasta que punto los miembros poco poderosos de los grupos aceptan las desigualdades de poder.

La dimensión individualismo-colectivismo se refiere a la prioridad dada a la persona, al grupo o al colectivo, que casi siempre es la familia extensa.

Los términos de masculinidad-feminidad expresa el grado en que las culturas marcan máxima distinción entre hombres y mujeres.

La evitación de la incertidumbre detalla el grado en que los sujetos se sienten más o menos amenazados por situaciones ambiguas que intentan evitar por medio de códigos y creencias estrictas.

Páez, Fernández y Mayordomo (2000), intentan explicar la existencia de culturas alexitímicas, siguiendo a Níkeles y Levinson, llegaron a las siguientes conclusiones:

- La diferenciación entre los síntomas físicos y los sentimientos en general no se hallan presentes en culturas no occidentales. Para algunos autores la cultura China tradicional se caracteriza por presentar la primera *faceta* de la alexitimia, evidenciando una expresión somática de las emociones así como una baja elaboración intrapsíquica de ellas. Cuando las culturas se van convirtiendo en individualistas, la expresión emocional evoluciona, a través de una combinación de experiencias corporales y psicológicas, hacia un lenguaje afectivo en el cual las personas expresan y viven síntomas psicológicos altamente diferenciados.
- El individualismo, la baja distancia jerárquica, la feminidad cultural y, en el ámbito interpersonal, la subcultura del género femenino se ha asociado con una mayor expresión verbal de las emociones, así mismo, se halló que los hombres socializados

dentro de una subcultura masculina manifiestan un mayor déficit de expresión verbal de las emociones y un mayor pensamiento orientado hacia lo externo.

- El colectivismo y la expresión verbal escasamente elaboradas de las emociones no son exclusivas de las culturas asiáticas sino que, además, son características compartidas en las clases populares de ciertas culturas occidentales.
- Tanto los años de aprendizaje así como el acceso a la educación superior brindan al individuo el vocabulario necesario para expresarse psicológicamente y referirse mejor sobre sus emociones.
- El hecho de hablar de uno mismo francamente es más valorado en las culturas individualistas que aquellas colectivistas, ya que las primeras enfatizan y valoran los sentimientos internos. Los atributos internos e individuales forman la base de la identidad, promoviendo o impulsando la introspección y se aprecia la comunicación verbal de los estados internos, tal como las experiencias emocionales íntimas.
- Las emociones, en diversas culturas colectivistas, no sirven para conseguir propósitos sociales ni tampoco para legitimar el orden social. En las culturas denominadas individualistas, el hablar, revelar y compartir las emociones con los demás permite contar con información relevante y determinar el grado de intimidad y de confianza en la que se establecerá una relación, mientras que en las culturas colectivistas el conocer la historia y los sentimientos personales de los demás no orientan la interacción, debido a que el status, la afiliación y las normas contextuales con los que se determinan el fin y sentido de una relación.
- En consideración con la distancia jerárquica, cuando es alta, los individuos pueden ser poco expresivos emocionalmente, ya que la expresión verbal intensa de la afectividad, en especial negativa, implica falta de consideración.

- La distancia al poder se relaciona, además, con la baja intensidad de las emociones, en otras palabras, no sólo se piensa en la idea de expresar abiertamente la emoción que sería rechazada, sino que también las personas de culturas de alta distancia jerárquica refieren experimentar de forma menos intensa, privada y subjetivamente.
- La masculinidad cultural suele asociarse a ciertos rasgos de la alexitimia como una pobre expresión verbal de las emociones, así como, reacciones psicológicas menos marcadas y malestar afectivo, pero logrando detectar los cambios fisiológicos de manera más acertada en contraste con las mujeres, quienes presentan déficits para identificar sus estados internos. Otra diferencia con las mujeres radica en el predominio en roles de cuidadoras y la valoración de las relaciones hacen que estas se orienten hacia los indicadores contextuales e interpersonales de las emociones.
- Respecto a las dificultades para hablar y describir los sentimientos, la mujer es más expresiva públicamente que el hombre. Las mujeres culturalmente han aprendido a apreciar más el hecho de compartir o hablar sobre las emociones, mientras, que los hombres se sienten preocupados a la hora de manifestar o exponer sus debilidades.

Fernández, Zubieta y Páez (2000), realizaron una investigación referida a la expresión e inhibición emocional en diferentes culturas, basándose en estudios de Hofstede, y reuniendo muestra de diversos continentes, de acuerdo a los resultados señalan la existencia de *síntomas físicos no típicos* que se asocian y solapan a diversas emociones y que reciben el nombre de *respuestas físicas indiferenciados*, por consiguiente, una puntuación alta en estas respuestas se puede considerar como un índice de desconocimiento de la respuesta emocional, en otras palabras un síntoma de la primera dimensión de la alexitimia.

2.1.5.6. Evaluación de la Alexitimia

Tal como señalan Fernández-Montalvo y Yarnoz (1994) y Sivak y Wiater (1997) se han diseñado diversas técnicas de evaluación de la alexitimia, tales como escalas, cuestionarios, guías de observación, técnicas proyectivas, análisis de contenido verbal.

Fernández-Montalvo y Yarnoz (1994, p. 361), exponen una relación de los principales instrumentos utilizados para evaluar la alexitimia desde su aparición hasta 1994, tal como se detallan en la tabla 2.

Tabla 2
Instrumentos de Evaluación de la Alexitimia

ESCALAS Y CUESTIONARIOS			
Instrumento	Autores	Año	Nº Ítems
BIQ-1	Sifneos	1973	21
BIQ-2	Sifneos, Apfel y Frankel	1977	17
SSPS	Apfel y Sifneos	1979	20
MMPI-AS	Kleiger y Kinsman	1980	22
Escala del MMPI	Shipko y Noviello	1984	20
Escala de Alexitimia de Noël	Noël	1989	12
TAS	Taylor, Ryan y Bagby	1985	26
ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS			
Instrumento	Autores	Año	Nº Ítems
APRQ	Krystal, Giller y Cichetti	1986	17
TÉCNICAS PROYECTIVAS			
Instrumento	Objeto de estudio		
TAT	Capacidad de fantasear y de expresar emociones		
AT-9 (SAT-9)	Función simbólica		

El desarrollo de instrumentos de evaluación válidos y confiables ha permitido avances en la investigación sobre la alexitimia, aunque desde la aparición de este constructo, denominado como tal, han existido investigaciones que intentan relacionar la alexitimia con diversos trastornos médicos y psiquiátricos, cabe reconocer que la calidad de estas

investigaciones se ha visto comprometida con frecuencia por la ausencia de procedimientos de evaluación válidos y fiables (Martínez-Sánchez y Ortiz, 2000).

El Beth Israel Hospital Questionnaire (BIQ), desarrollado por Sifneos en su primera versión no presentó un adecuado registro de la alexitimia debido a que la posibilidad de obtener respuestas de contenido emocional variaba de acuerdo de la experiencia del observador, planteándose una segunda versión con un mayor acuerdo entre los investigadores (Sivak y Wiater, 1997 y Martínez-Sánchez y Ortiz, 2000).

Fernández-Montalvo y Yarnoz, hacia 1994, señalan que la Escala de Personalidad de Schalling-Sifneos (SSPS), registra el funcionamiento cognitivo-emocional del individuo, de manera breve y evitando contaminaciones socio-culturales.

La Escala de Alexitimia del MMPI (MMPI-AS), ha sido criticada debido a que no correlacionan las medidas de capacidad de expresión verbal de las emociones, ni las medidas de capacidad de imaginación, consideraciones importantes en la evaluación de la alexitimia. La Escala del MMPI de Shipko y Noviello, pese a ser una escala breve, presenta correlaciones negativas con el MMPI-AS cuestionando así su validez como medida de la alexitimia (Fernández-Montalvo y Yarnoz, 1994).

El APRQ, Alexitimia Provoked Response Questionnaire, fue diseñada por la necesidad de contar con una entrevista estructurada y estandarizada que permita minimizar los efectos de los sesgos introducidos por el evaluador en los resultados de la evaluación clínica, se halla cuestionado su uso en la investigación y la práctica clínica (Martínez-Sánchez y Ortiz, 2000).

Entre los test proyectivos se ha utilizado algunas de las formas del Test de Apercepción Temática (TAT), las que evaluaban la capacidad del individuo de fantasear y expresar emociones (Fernández-Montalvo y Yarnoz, 1994).

El Rorschach mediante el sistema Exner, luego de ser sometido a estudios centrados en la función discriminativa de la alexitimia resultó siendo fiable y válido para la evaluación del constructo de alexitimia (Moral de la Rubia, 2000).

El instrumento mayormente utilizado para evaluar la función simbólica y la capacidad para crear fantasías en sujetos alexitímicos es el Test Arquetípico de los Nueve Elementos (SAT-9), pese a no disponer de suficiente correlato empírico que recomiende su uso (Martínez-Sánchez y Ortiz, 2000 y Moral de la Rubia y Retamales, 2002).

La Escala de Alexitimia de Toronto (TAS), creada por Taylor, Ryan y Bagby en 1985, (citados por Martínez-Sánchez y Ortiz, 2000), fue diseñada para evaluar diversas áreas referidas a este constructo, siendo estas: la dificultad para describir sentimientos; dificultad para distinguir entre sentimientos y las sensaciones corporales que acompañan a los estados de activación emocional; ausencia de introspección; conformismo social y la pobreza de vida fantasiosa y fracaso en el recuerdo de los sueños. Tras los estudios psicométricos, se eliminó la escala referida al recuerdo de sueños y ausencia de usar la acción en vez de la reflexión, constando la escala finalmente con 26 ítems, en un formato de respuesta tipo Lickert de 5 reactivos.

Se realizó una adaptación de la TAS al español ejecutada por Casullo, Sivak, Maristany y Wiater (referidas por Sivak y Wiater, 1997), concluyendo en la Escala de Alexitimia UBA, la que agrupaba 26 ítems desarrollados a partir de las adaptaciones de la TAS, con tres opciones de respuesta.

La Escala de Alexitimia de Toronto Revisada (TAS-R), presenta como perfeccionamiento la ausencia de ítems que reflejen ensoñación diaria u otro tipo de actividad imaginativa; y, por el contrario, incluye un mayor número de ítems referidos al pensamiento orientado a lo externo.

Una nueva revisión de esta escala es el TAS-20, que consta de 20 ítems, cuya consistencia interna es superior a las versiones anteriores y que presenta una estructura factorial más estable, correlacionando los tres factores de forma esperada, lo que la convierte en un considerable apoyo en la validez del constructo de la alexitimia ya que diversos estudios demuestran una fiabilidad transcultural aceptable (Paez et al. 1999, Martínez-Sánchez y Ortiz, 2000, Moral de la Rubia y Retamales, 2000, Moral de la Rubia, 2005).

2.1.6. SUICIDIO

El suicidio es un fenómeno que podría entenderse desde diversas perspectivas: religiosa, filosófica, biológica, psicológica y sociológica. Corresponde a un fenómeno humano universal presente en todas las épocas históricas, sin embargo, las actitudes hacia este evento varían en función de los principios filosóficos, religiosos e intelectuales que rigen en cada cultura (Ghosh y Victor 1995, González y Ramos 1998, y García de Jalón y Peralta, 2002).

Tal como señala Miró (2002), es de reconocer la noción de universalidad propia del suicidio, en todos los tiempos y sociedades han existido suicidios, así como la repercusión social del mismo, que ha sido rechazado por la sociedad y en ocasiones sancionado por la ley.

El suicidio, como refieren Santo-Domingo et. al (2002), es la expresión más grave de agresividad patológica autolesiva y puede tener un carácter impulsivo y explosivo, presentar manifestaciones de arrepentimiento y autocrítica, puede presentarse como producto de un trastorno del juicio de la realidad o coexistir con un juicio e intelectos bien conservados.

2.1.6.1. Concepto y Clasificación de las Conductas Suicidas

El vocablo suicidio es un latinismo que proviene de las expresiones latinas *sui* y *occidere*, que lo definen como el hecho de matarse a sí mismo. Miró (2002, p. 299) señala que “la mayoría de historiadores aceptan que el primero en emplear la palabra suicidio fue *l’abbé* Desfontaines en 1737”.

Hacia 1969, la Organización Mundial de la Salud (referida por Díaz, Saíz, Bousoño y Bobes, 1998), considera la existencia de tres términos concretos referidos al suicidio:

- 1.- Acto Suicida. Hecho por el que un individuo se genera una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.
- 2.- Suicidio. Muerte resultado de un acto suicida.
- 3.- Intento de Suicidio. Acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.

Díaz, Saíz, Bousoño y Bobes (1998), exponen como ideación suicida el hecho de pensar persistentemente, planear o desear cometer suicidio.

La Organización Mundial de la Salud (referida por Saíz, G-Portilla, Bascarán, Arango, Bousoño y Bobes, 2005), define el suicidio como un acto deliberado por el cual un sujeto se causa la muerte, con conocimiento o expectativa de un desenlace fatal, a través del cual el fallecido pretende realizar cambios deseados. Entre los criterios de exclusión se hallan aquellos actos realizados por personas que no entienden la potencial letalidad de sus actos como en el caso de un paciente psicótico que se precipita desde un piso elevado concibiendo que puede volar.

Al respecto de la tentativa suicida, la Organización Mundial de la Salud lo define como aquel acto cuyo resultado no es la muerte, en el cual un individuo de modo intencionado y sin intervención de otros, se causa daño o ingiere una sustancia a más dosis de la

aceptada como terapéutica, cuyo objetivo es realizar cambios por medio de las consecuencias físicas esperadas o derivadas de dicho acto. Incluye, además, aquellos actos obstaculizados por otras personas antes de que el daño aconteciera, como el ser apartado de la vía de tren antes de que éste llegue. Entre los criterios de exclusión del acto suicida, se hallan aquellos actos realizados por personas que no logran comprender el significado o consecuencias de su acto, por ejemplo, en el retraso mental grave (Saíz y col, 2005).

La Organización Mundial de la Salud en el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades, registra el suicidio y el intento suicida en el Capítulo XX: Causas Externas de Morbilidad y Mortalidad asignados con el código X60-X98.

Moreno-Ceballos (referido por Mosquera del Águila, 2003), clasifica la conducta suicida en 6 grupos.

Grupo I: Por el logro, o no, de la muerte en el acto; y la firmeza, o no, del intento:

- a. Intento suicida, con sus particularidades: parasuicidio, gesto suicida y chantaje suicida.
- b. Suicidio frustrado.
- c. Suicidio consumado.

Grupo II: Por el nivel consiente, o no, y control voluntario o no, del acto:

- a. Premeditados, consientes o voluntarios.
- b. No premeditados: impulsivos, psicóticos. No consientes orgánicos.

Grupo III: Por la intención, propósito o causa o móvil del acto:

Suicidio filosófico, sacrificio religioso, heroico, eutanásico, conflictos, agresivos, etc.

Grupo IV: Por el número de personas que confluyen a propiciarse el acto:

Individual, en pareja o doble, colectivo (en grupo, en cadena, epidemia, en masa, hecatombe).

Grupo V: En función de los ejes (multiaxial) del DSM-IV, CIE-10 y la GDLP.

- a. Suicidios con patologías del eje I del DSM-IV, 1-1-CIE-10 y GDLP.
- b. Suicidios con patologías del eje determinante del eje II (trastornos de personalidad) DSM-IV, 1-2-CIE-10 y GDLP.
- c. Suicidios vinculados a patologías física no-psiquiátrica en el eje III DSM-IV, 1-3-CIE-10 y GDLP.
- d. Suicidios vinculados al eje IV, en estado de crisis, o de estrés post-traumático DSM-IV, CIE-10 y GDLP.

Grupo VI: En función de los grupos étnicos o etapas del desarrollo.

Suicidio en niños, adolescentes, en adultos jóvenes, adultos maduros, ancianos.

2.1.6.2. Evolución Histórica del Suicidio

El suicidio es un acto presente en todas las épocas, tal como señala Carbonell y González (1998). Se observa que en Oriente, fue considerado un acto loable, ejemplo de esto el suicidio colectivo de filósofos seguidores de Confucio tras ser quemados sus libros sagrados. En la India, la viuda hindú se arrojaba a la pira de su marido llegando a suicidarse con este método en el año 1817 aproximadamente 706 viudas en la provincia de Bengala, y hasta 1821, se registraron 2 366 suicidios de este tipo, en 1829 esta ceremonia fue declarada como ilegal por los ingleses. Los libros sagrados hindúes describen diferentes maneras de darse muerte de manera voluntaria.

Plutarco, en la Grecia clásica, interesado en el tema del suicidio, halló que tanto el suicidio como el intento de suicidio solían presentarse, llegando a documentar una *epidemia suicida*, entre las jóvenes de Mileto, hecho que concluyó cuando decidieron someter los cadáveres a la vergüenza pública. Los filósofos cínicos, estoicos, epicúreos y cinereos enseñaban que la vida y la muerte eran insignificantes, siendo Hegesias quien realizaba sus discursos referidos a las miserias de la vida y el goce de la muerte voluntaria produciéndose suicidios colectivos, hasta que el rey Ptolomeo le prohibiera hablar sobre este tema en público. Existe una extensa lista de griego ilustres que dieron fin a su vida de manera voluntaria; tanto griegos como romanos tenían lugares públicos destinados a la consumación de la muerte, en ocasiones el suicidio era considerado un deber entre los militares vencidos o los políticos.

Los romanos negaban la sepultura a quienes se suicidaban sin motivos justificados, destruyendo su testamento y confiscando sus bienes, por tanto, los herederos perdían su herencia. Los esclavos al no ser dueños de su vida, tampoco poseían el derecho a suicidarse.

En Europa, los celtas glorificaban a aquellos que se daban muerte de manera voluntaria, los godos creían que aquellos que morían de muerte natural estaban destinados a pudrirse eternamente en antros llenos de animales ponzoñosos, por tanto, existía una roca denominada *la roca de los abuelos*, desde la cual se arrojaban los viejos cuando se hallaban cansados de la vida. En Galia, al morir un príncipe o un jefe, sus siervos se hallaban obligados a acompañarle, convirtiendo los funerales en grandes masacres. Los iberos, son claro ejemplo de suicidios de toda una población en España, tal como Numancia o Sagunto, así como suicidios rituales entre los antiguos habitantes de las Islas Canarias que compartían el método con los godos.

Para el cristianismo, en sus primeros siglos, el suicidio era aceptado en determinadas circunstancias, tornándose esta posición en intransigente, con las obras de San Agustín y Santo Tomas de Aquino, al ser considerado un acto inspirado por el demonio y pecado mortal contra Dios. De acuerdo con Barraclough, quien realizó un exhaustivo estudio de la Biblia, no encontró algún pasaje que registre que el suicidio sea un acto erróneo o punible, llegando incluso a describir once suicidios, todos ellos de mediana edad, excepto una mujer, producidos durante crisis personales no relatando enfermedades predisponentes.

En la Edad Media se volvieron poco frecuentes los suicidios en Europa debido al fuerte arraigo de las creencias religiosas y la rigurosa legislación canónica. En periodos del renacimiento pese a la existencia de actitudes de repudio hacia el suicidio, existían algunas posiciones filosóficas que justificaban el acto en determinadas circunstancias de dolor y sufrimiento.

Hacia el siglo XVIII, cierto aire de melancolía marcó varias generaciones de literatos, incluso algunas de sus obras desataron marcadas epidemias de suicido como en el caso de Goethe con su obra *Las Cuitas del Joven Werther*, llegando este escrito a ser prohibido en ciudades como Leipzig, Milán y Copenhague.

En Japón, el suicidio es un fenómeno que presenta elevadas tasas, existiendo entre los devotos de Amidas el método de arrojarse al mar o ser enterrados vivos. En la sociedad japonesa, se relacionaba con el respeto a la tradición o tras haber faltado a un determinado papel en la sociedad.

Aunque el suicido sigue siendo un problema de salud pública, al ser una de las principales causas de muerte, el respeto a la voluntad y los derechos humanos, ha llevado a que sea considerado como un acto racional de elección entre la muerte y el

dolor, apareciendo en la sociedad occidental movimientos defensores del *derecho del suicidio* de los pacientes terminales.

2.1.6.3. Teorías Etiológicas del Suicidio

Pese al interés por el acto suicida desde tiempos memorables, fue hasta el siglo XIX, cuando se elaboran las primeras teorías que buscan entender esta conducta humana. Existen tres teorías clásicas que alcanzaron mayor madurez y aceptación en su afán por explicar la conducta suicida: patológica, sociológica y psicoanalítica, aunque estos intentos se muestran limitados por su carácter reduccionista, surgiendo, además, diversos modelos multidimensionales que intentan explicar este fenómeno (González y Ramos, 1998).

a.- Concepción Patológica del Suicidio. Elaborada por la Escuela Psiquiátrica Francesa a inicios del siglo XIX, que considera al suicidio como un síntoma de enfermedad mental. Pinel lo llegó a considerar como una forma de conducta mórbida y síntoma de la melancolía. Achille-Delmas expone su teoría acerca del suicidio, los que considera patológicos y ligados a trastornos constitucionales orgánicos, exponiendo en su teoría tres ejes centrales: todo suicidio implica una enfermedad mental, el suicidio es un síntoma, más no, una enfermedad, y el suicidio se halla ligado a la ansiedad *orgánica*.

b.- Concepción Sociológica del Suicidio. Presenta como máximo exponente a Emile Durkheim (1897), quien evita analizar factores individuales en la conducta suicida, centrando su estudio en diferentes factores sociales como religión, economía, situación familiar, conflictos bélicos, entre otros, incluyendo un análisis sobre el papel de la herencia e imitación; llegando a distinguir tres tipos de suicidio: egoísta, altruista y anómico.

c.- Concepción Psicoanalítica del Suicidio. Freud considera al suicidio como un fenómeno intrapsíquico, originado en el inconsciente y en cuya psicodinámica intervenía la agresión que al no poder ser dirigida hacia el exterior era expresada sobre sí mismo, siendo considerado como un homicidio en 180 grados. Más adelante Adler postuló que el móvil de esta conducta era producir dolor en personas allegadas a quien lo ejecuta. Fue Litman quien consideró que pese a representar la hostilidad inconsciente dirigida hacia el objeto amado introyectado, influyen otros factores como sentimientos o vivencias de desesperanza, abandono e inutilidad.

En la actualidad cobran mayor importancia los modelos determinados multidimensionales.

a.- Modelo Arquitectónico de Mack (1986). Propone un modelo en el que intervendrían diversos elementos: macrocosmos, vulnerabilidad biológica, factores genéticos; experiencias tempranas; organización de la personalidad, relaciones del individuo, psicopatología, ontogenia y las circunstancias vitales.

b.- Modelo de Trayectorias de Desarrollo del Suicidio de Silverman y Felner (1995). Proponen una serie de procesos que conducirían al suicidio, equivalente a la historia evolutiva del trastorno, sobre los que se podría actuar de manera preventiva.

c.- Modelo Basado en el Estado de la Mente de Bonner y Rich (1987). Reúne diversas variables de riesgo en dos grupos: en primer lugar, el contexto socioindividual que incluye aspectos del ambiente social de forma general e inmediato y referidos al entramado individual, que incluye aspectos bioquímicos, enfermedades psiquiátricas, factores cognitivos, evolutivos y de personalidad, nivel de tolerancia al estrés y modos de afrontamiento al mismo y en segundo lugar el estado mental suicida que reúne las características psicológicas que rodean y acompañan la

conducta suicida: depresión, desesperanza, baja autoestima, soledad, falta de motivos para vivir y valoración del acto suicida como medio de resolución de sus problemas.

- d.- Modelo Cúbico del Suicidio de Shneidman (1987). Quien considera que las dimensiones centrales en el suicidio son dolor: referidos al dolor psicológico resultado de las necesidades psicológicas frustradas; perturbación: que incluye la constricción de la percepción y la impulsividad; y la presión: entendida como aspectos interiores y ambientales que mueven o afectan al individuo.
- e.- Modelo de Sobreposición de Blumental (1988). También denominado como de la superposición, propone un modelo en el que agrupa los factores suicidas en 5 áreas de vulnerabilidad: trastornos psiquiátricos, rasgos y trastornos de personalidad, factores psicosociales, variables genéticas y factores biológicos, tal como se aprecia en la Figura 1.

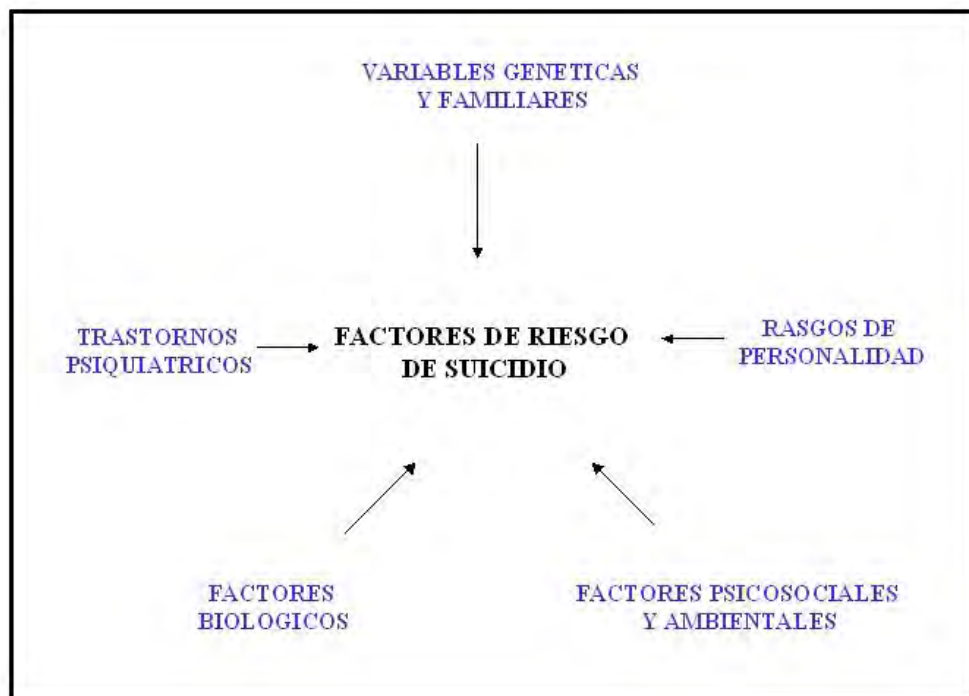


Figura 1: Áreas de Vulnerabilidad del Modelo de Sobreposición de Blumental.

Estas dimensiones no representan sólo factores de riesgo, sino que permite demostrar el nivel y el grado de contribución de cada una de estas esferas al potencial suicida.

2.1.6.4. Epidemiología del Suicidio

La Organización Mundial de la Salud (referida por Tuesca y Navarro, 2003), clasifica el nivel de suicidio de acuerdo con la tasa de suicidio. Las tasas consideradas bajas son aquellas que se hallan por debajo de 5 / 10 000 habitantes, medias entre 5 - 14, altas entre 15 a 30 y las superiores de 30 son clasificadas como muy altas.

Las tasas de suicidio son consideradas como uno de los indicadores del nivel de salud de una comunidad. Las cifras oficiales representan la punta de un iceberg en el que se hallan una gran masa de suicidio escondida, ya que frecuentemente es difícil establecer si una muerte concreta es producto de un acto suicida o de un accidente.

Tal como refieren Sarason y Sarason (1993), García de Jalón y Peralta (2002) y Miró (2002), entre otros es imposible dar datos verdaderos sobre el suicidio y sobre el intento de suicidio, una de las razones de peso por las que los intentos no figuran en las estadísticas de manera real, es porque simplemente no se declaran y las familias intentan bajo diversos modos de negar el hecho.

El suicidio también puede clasificarse de manera desacertada como defunción por causas indeterminadas de muerte o por causas naturales (Oficina Sanitaria Panamericana de la Organización Panamericana de la Salud en conjunto con la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 2002, 2003).

SUICIDIO EN EL MUNDO

En los países de la Comunidad Económica Europea, se calcula que cada año aproximadamente 35 mil personas se quitan la vida, sin embargo, en el área del suicidio,

las estadísticas son engañosas debido a que un elevado número de casos no es registrado como tal (De la Fuente, 1996).

En Norteamérica y mayoría de países europeos el suicidio, en el año 1993, ocupó la novena a décima causa de muerte, siendo los países con elevadas tasas de mortalidad ese año Lituania y Letonia, con tasas de 36,0 y 34,7 respectivamente; Finlandia y Canadá con alto número de suicidios en adolescentes. En el 2003, el suicidio, es considerado la tercera causa de muerte en Estados Unidos, en España y el resto de Europa se ubica en el segundo lugar (Tuesca y Navarro, 2003).

Los datos que brindan la Oficina Sanitaria Panamericana de la Organización Panamericana de la Salud en conjunto con la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (2002, 2003), señalan que hacia el año 2000, aproximadamente unas 815 000 personas murieron a causa de suicidio en todo el mundo, lo cual representaría una tasa mundial de mortalidad anual próxima al 14.5 por 100 000 habitantes, equivalentes a una defunción por cada 40 segundos. Entre las personas de 15 a 44 años de edad, las lesiones autoinflingidas corresponden la cuarta causa de muerte y la sexta causa de mala salud y discapacidad.

Las cifras señalan que el comportamiento suicida no mortal es más prevalente en personas jóvenes a comparación de las adultas, estimando que la razón entre el suicidio y el intento de suicidio en personas mayores de 65 años es de 1:2-3, mientras que en los jóvenes menores de 25 años la razón podría alcanzar un valor de 1:100-200 (Oficina Sanitaria Panamericana de la Organización Panamericana de la Salud en conjunto con la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 2002).

Peña, Casas, Padilla, Gómez y Gallardo (2002), refieren que la Organización Mundial de la Salud calcula que por lo menos 1 100 personas se suicidan y que ocurren entre 10

a 15 intentos suicidas por cada suicidio consumado, siendo el grupo más afectado el de 15 a 24 años. En Cuba el suicidio ocupa la sexta causa de mortalidad general y la segunda causa entre las edades de 15 a 19 años.

Tuesca y Navarro (2003), señalan que en Latinoamérica las tasas oscilan entre niveles bajos y medios, pese a esto se han registrado incrementos progresivos en Cuba, El Salvador, Uruguay y Venezuela, con tasas de suicidio de 12.9, 10.4, 8.2 y 7.8 respectivamente.

Cevallos, Arroyave, Díaz y Vergara (2005) refieren que entre el 2002 y 2003, en Colombia, se registraron 3983 personas suicidas, el rango de edades que presentó esta conducta se hallaba entre los 18 y 24 años en los varones mientras que en las mujeres esta conducta solía presentarse entre los menores de 25 años.

De acuerdo con Madrigal de León (2004), en China y Japón, el suicidio es considerado la primera causa de muerte en adolescentes, desplazando a los accidentes y violencia como se presenta en la mayoría de países. Detalla luego que con relación a las conductas e intentos suicidas, en México, se calcula que por cada suicidio consumado existen de 8 a 10 intentos y que por cada intento de suicidio otras 5 u 8 personas lo pensaron, planearon y estuvieron a punto de realizarlo. Fonseca (2004), en un estudio realizado en el mismo país observó que la mitad de los sujetos que han intentado suicidarse tiene menos de 24 años y que uno de cada cinco son adolescentes entre los 15 y 19 años.

Respecto al suicidio en las Américas, Minayo y Piaggio (2005), señalan que en el conjunto de los países de la región, los suicidios representaron en 1984 el 12,2% de las causas externas de muerte, proporción que presentó un ligero aumento en 1994 a 12,4%. Las tasas de suicidio más altas por región son: América del Norte con 12,2%, Caribe Inglés con 10.3% y el Cono Sur con un 6.8%. Añaden que los 24 países que informaron

a la Organización Panamericana de la Salud, como se presentan en la Tabla 3, 5 presentan tasas de suicidio semejantes o mayores al 20% de sus defunciones por causas externas situándose en este grupo Surinam, Trinidad y Tobago, Cuba, Canadá y Estados Unidos. Otros 7 países muestran valores entre el 10 y el 20%, siendo estos Argentina, Barbados, Costa Rica, Chile, El Salvador, Puerto Rico y Uruguay.

Tabla 3

Tasas de Muerte por Suicidio por 100 000 Habitantes según Sexo y por Sub-Regiones
Alrededor de 1994

Suicidios	América Del Norte	Caribe Inglés	América Central Y Caribe Latino		Área Andina	Brasil	Cono Sur
Hombres	19.8	15.6	6.1	9.5	7.2	8.5	13.9
Mujeres	4.7	5.1	1.1	2.8	2.2	2.4	3.3
Total	12.2	10.3	3.6	6.1	4.7	5.4	7.9

América del Norte: Canadá y Estados Unidos.

Caribe Inglés: Anguila, Bahamas, Barbados, Belice, dominicos, Guyana, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, Surinam y Trinidad y Tobago.

América Central y Caribe Latino: Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Panamá, república Dominicana y Cuba.

Área Andina: Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela.

Cono Sur: Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay.

SUICIDIO EN EL PERÚ

Mosquera del Águila (2003), señala que de acuerdo con la OMS se ha observado un incremento en la tasa de suicidio en el Perú, aumento que va del 0.05 en el año 1983, al 2.00 en 1998. La Organización Panamericana de la Salud, hacia el año 2002, considera que el suicidio es la séptima causa de muerte entre las mujeres adolescentes en el Perú.

El incremento de las conductas suicidas ha sido expuesto por Vásquez (2005), quien basándose en registros nacionales halló que en 1966 se presentaron 180 casos; en 1970: 293; hacia 1983: 99; en el 1988: 155, mientras que en 1989: 110 suicidios consumados registrados. En el año 1997 se registraron 294 suicidios, para el año 2002 se

consumaron 334 suicidios, hacia el 2003 se consignaron 358 muertes y conforme a los registros del Ministerio de Salud en año 2004 se registraron 218 casos (Ministerio de Salud, 2006).

El Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, en el 2002, describen que en Lima Metropolitana el 30.3% de la población adulta alguna vez en su vida ha experimentado deseos de morir, un 8.5% ha experimentado este deseo el último año y un 3.6% en el último mes. Al hacer referencia a la conducta suicida el 5.2% lo ha intentado alguna vez en su vida, mientras que el 1% lo habría realizado el último año. Un 11.6% de quienes lo habrían realizado, consideran la conducta suicida como una posibilidad de solución. Los trastornos afectivos se vinculan habitualmente, aunque no de manera exclusiva al suicidio o al intento suicida. Al hacer referencia a los indicadores de la conducta suicida en adolescentes el citado estudio menciona una investigación realizada en el distrito de Magdalena en 1996, se obtuvo que el 16.1% de la muestra presentó ideaciones suicidas mientras que un 3% lo había intentado alguna vez en su vida. Un estudio previo encontró deseos de morir en algún momento entre el 16% y 24.4% de adolescentes de las localidades analizadas.

En Lima, tal como refiere Vásquez (2005), se crearon *íconos* o *paraísos* de suicidios tales como el Ministerio de Educación, Centro Cívico, Barranco y el Puente Villena, cuyo enfoque permitió el fenómeno imitativo del lanzamiento desde altura.

Muñoz, Vega, Mendoza y Muñoz (2005), registraron un incremento de eventos suicidas en los últimos años lo que podría deberse a la influencia que ejercen los medios de comunicación en individuos vulnerables. En un análisis retrospectivo la cobertura que los medios le brinden a los actos suicidas realizados por personajes públicos influye en aquellos que los admiran (Vásquez, 2005).

2.1.6.5. Factores de Riesgo Suicida y Parasuicida

Clemente y González (1996), señalan que de todo pensamiento suicida no le sigue una conducta autodestructiva, pero sí a todo suicidio le precede un estado mental de enardecimiento e interiorización del mismo.

Sarason y Sarason (1993), Ghosh y Victor (1995), Clemente y González (1996), entre otros, afirman que la ideación suicida no emerge de manera espontánea, sino que para su aparición influyen diversos aspectos, surgiendo no de forma aislada, sino del desarrollo personal, de sus relaciones sociales y su situación social, tanto del contexto micro como macro social.

Los factores que intervienen en la aparición de alguna conducta suicida se complementan. Tal como señala Lemos (2000), el que un intento de suicidio se consume depende de diversas circunstancias como la suerte, el manejo de los procedimientos letales y la intención del deseo de morir.

Entre los factores biológicos se propone asociaciones entre alteraciones del sistema serotoninérgico y la manifestación de conductas suicidas, quedando por resolver cual es el significado de referida asociación (Saíz, González, Bousoño y Bobes, 1998; Ghosh y Víctor, 1995 y García de Jalón y Peralta, 2002).

Añaden a esta tabla datos asignados por González, Saíz, Bobes y González-Quirós (1998); Portilla, Rodríguez, Fernández y González Seijo (1998) y Miró (2002), entre otros, los que señalan que el suicidio suele ser un hecho frecuente entre personas solteras, separadas-divorciadas o viudas, concibiendo la situación de soledad como un factor que incrementa el riesgo suicida o que los factores que influyen en que las personas permanezcan solteras, se casen o divorcien, podrían tener influencias en la presentación de conductas suicidas.

Cocaña, González-Carlomán, González y Saíz (1998), así como Portilla y col (1998), detallan que entre el 22 y el 47% de los sujetos que consumaron la conducta suicida presentaban antecedentes previos de tentativas suicidas.

Algunas personas que realizan actos suicidas consumados o no, tal como señala Portilla y col. (1998), *juegan con la muerte* y delegan en los demás el encargo de salvarlos, existiendo en ello la urgencia de finalizar una situación insoportable en su vida y la ambivalencia de una posible solución mágica.

Al respecto de los factores sociodemográficos; Ghosh y Victor (1995), presentan las diferencias globales entre el intento de suicidio y el acto suicida consumado señaladas en la Tabla 4.

Tabla 4
Intento Vs. Suicidio Consumado: Factores Demográficos

	Intento	Consumación
Sexo	Mujer	Varón
Edad	Menos de 35 años	Más de 60 años
Métodos	Baja letalidad (p.ej. laceraciones en la muñeca)	Alta letalidad (p.ej. armas de fuego, ahorcamiento)
Entorno	Elevada posibilidad de rescate	Baja posibilidad de rescate
Diagnóstico	Trastorno de ajuste, trastorno de la personalidad	Trastorno del estado anímico, drogodependencia

Entre los factores familiares de riesgo, González, Iglesias, González-Quirós y Ramos (1998) y García de Jalón y Peralta (2002), señalan que poseer antecedentes de suicidio entre familiares hace que se incremente el riesgo a presentar conductas suicidas. Ghosh y Victor (1995), añaden la existencia de estudios que indicarían la posible existencia de una predisposición genética hacia el comportamiento suicida. Miró (2002), detalla que

una familia desintegrada, con padres en conflictos permanentes o separados, aumenta el riesgo de presentar conductas suicidas.

Cocaña y col (1998), señalan que en los niños y adolescentes la conducta autolítica suele asociarse casi inevitablemente a conflictos familiares, mientras que en los adultos suelen ser precipitadas por dificultades con personas significativas o familiares del sujeto que lo realiza.

Se considera que la enfermedad mental es una condición necesaria aunque insuficiente para el suicidio, estudios demuestran que aproximadamente el 90% de los suicidas presentarían algún trastorno mental (Rich referido por González, Cocaña, Bousoño y Fernández 1998), fundamentalmente depresión, alcoholismo, abuso de sustancias, esquizofrenia (García de Jalón y Peralta, 2002; González, Cocaña, Bousoño y Fernández, 1998 y Miró, 2002).

Con excepción de las enfermedades incurables y dolorosas en fases terminales, las incapacidades y defectos físicos no son por si mismos causas frecuentes de suicidio. La mayor parte de las personas que los padecen suelen adaptarse a ellos y los sobrellevan. Un hecho importante, razonablemente establecido, es que es más bajo el número de personas que se quitan la vida por sufrir una enfermedad incurable que el de quienes se suicidan porque creen sufrirla (De la Fuente, 1996).

El porcentaje de suicidios *lúcidos*, es mínimo, así señala Rao, (referido por González, Cocaña, Bousoño y Fernández, 1998, p. 62), al afirmar “cuando son individuos sin psicopatología aparente los que consuman un suicidio, los factores potenciales de riesgo incluirían el asilamiento, los rasgos de personalidad narcisistas y perfeccionistas y la enfermedad psiquiátrica familiar”.

Miró (2002), refiere que el suicidio es un acto íntimo y, por tanto, la personalidad desempeña un papel importante en el acto suicida. A lo que Lemos (2000, p. 228), añade “el suicidio puede ser una decisión racional en una persona sana, por problemas existenciales o ante circunstancias que en un momento dado pueden desbordar los recursos personales de afrontamiento”.

Entre los factores psicológicos del comportamiento suicida se halla que la desesperanza constituye un factor principal, no siendo específico de la depresión. La desesperación implica no únicamente al sentimiento de desesperanza por un cambio, sino, además, la necesidad que la vida es imposible sin dicho cambio. La culpabilidad es otro componente afectivo de la desesperación, que nace del auto-odio y de la necesidad de autocastigo. La agresión y violencia presentan gran importancia debido a que el suicidio solía asociarse a ataques de ira conscientes. La vergüenza y humillación en ocasiones subyacen a la conducta suicida, siendo esta un mecanismo para salvar las apariencias luego de sufrir una humillación social. Los factores estresantes predisponen al suicidio y coinciden con las fases del desarrollo del ciclo vital, en sujetos adolescentes y jóvenes suicidas o con antecedentes de intento suicida se hallan el conflicto, separación y rechazo; problemas económicos y las enfermedades como factores estresantes comunes (Ghosh y Victor, 1995).

Al hacer referencia a los trastornos de la personalidad, González, Cocaña, Bousoño y Fernández (1998) y Batemman y Fonagy (referidos por Solís, 2005), señalan estos se asocian mayormente a conductas suicidas no fatales que al suicidio consumado. García de Jalón y Peralta (2002), detallan que los trastornos de personalidad pueden determinar la conducta suicida de diferentes maneras: predisponiendo a trastornos mentales mayores como depresión o abuso de alcohol, conduciendo a problemas en las relaciones personales y en el ajuste social, precipitando sucesos vitales indeseables o deteriorando

la capacidad de afrontar un trastorno físico o mental. Gastó y Vallejo (2000), añaden que el aparente incremento de conductas suicidas entre sujetos adolescentes y adultos jóvenes parece estar relacionado a trastornos de la personalidad.

Isometsa y col. detallan que mayormente los sujetos con trastornos de la personalidad que se suicidan, padecen algún trastorno del eje I, tales como depresión, abuso de sustancias o las dos y esta asociación es mayor en los trastornos referidos al tipo B: borderline, antisocial, narcisista, histriónica. Harrias y Barraclough añaden que los trastornos de personalidad aumentan 6 veces el riesgo de suicidio en aquellos que los padecen (referidos por Ghosh y Victor 1995 y García de Jalón y Peralta, 2002).

De la Fuente (1996), señala que existen ciertos tipos de personalidad más predispuestos a recurrir al suicidio tales como los esquizoides o aquellos que presentan cambios cíclicos del humor. Personas retraídas, introvertidas y aisladas, con rasgos obsesivos y conciencia moral rígida, son propensas a sufrir depresiones severas. Considera, además, que un tipo de suicida es un sujeto psicópata incapaz de adaptarse de forma constructiva a la vida y que cuando agota sus recursos se suicida.

Quintanilla, Valadez, González, Vega, Flores y Valencia (2004), hace referencia estudios en los cuales la relación entre la conducta suicida y la personalidad no ha sido tan clara como la reportada entre el suicidio y los trastornos del Eje I, de aquí es donde estudios de Waldinguer señalan que los sujetos borderline suelen reportar intentos suicidas, otros autores señalan que tanto el desorden de personalidad límite como el antisocial son predictores del intento suicida. Fotman logró identificar que a diferencia del sujeto con tentativa única, aquel que presenta múltiples tentativas presenta un perfil clínico particularmente severo, caracterizado por un alto grado de psicopatología, suicidabilidad y una disfunción interpersonal (Quintanilla y col., 2004).

2.1.6.6. Evaluación del Riesgo Suicida y Parasuicida

Hyman (citado por Díaz, Bousoño, Bobes y Fernández, 1998), refiere que los pacientes suicidas que solían asistir a consulta médica son: aquellos que acuden luego de una tentativa suicida; aquellos que se presentan con síntomas, tales como ideación suicida o impulsión suicidas; aquellos que acuden debido a que presentan otros síntomas, físicos o emocionales, pero que al ser interrogados admiten ideación suicida y aquellos que niegan cualquier ideación suicida pero cuyo comportamiento levanta sospechas de presentarlas.

Un diagnóstico precoz de la conducta suicida es una de las mejores medidas para la prevención del intento autolítico (Portilla y col. 1998). García de Jalón y Peralta (2002), señalan que en la mayoría de casos la evaluación del riesgo de suicidio se realiza posteriormente al intento autolítico, por tanto, es necesaria la evaluación del riesgo suicida tanto al paciente como también a personas significativas de su entorno (Miró, 2002).

Clarkin, Hurt y Mattes (1995), señalan que las amenazas de suicidio, la planificación y/o preparación del acto suicida, la ideación suicida y la conducta parasuicida, constituyen indicadores de riesgo y deberían evaluarse de manera adecuada y específica durante la entrevista. El grado de impulsividad para la realización del acto suicida debe ser evaluado considerando la historia clínica del paciente, siendo esta proporcional al grado de intencionalidad (Portilla y col, 1998).

En aquellos pacientes que han presentado una conducta suicida frustra suele ser común cierta fase de arrepentimiento o de alivio, pero en otros tantos el sujeto muestra una actitud posttentativa en la cual él se siente fracasado por no haber tenido éxito en su acto, siendo necesaria la evaluación minuciosa de futuros actos suicidas (Cocaña y col, 1998).

2.2. INVESTIGACIONES ANTECEDENTES

2.2.1. INVESTIGACIONES NACIONALES

Garibay (2002), realizó un análisis exploratorio psicométrico del Inventario Clínico Multiaxial de Millon II, en un grupo de 260 estudiantes de psicología de una universidad nacional, se analizaron la confiabilidad y la validez de este instrumento. En cuanto a la confiabilidad por el método de consistencia interna los valores se situaron entre 0.42 y 0.91, consiguiendo menor puntuación el de la escala Compulsiva. Respecto a la confiabilidad por mitades los valores obtenidos se hallaron entre un 0.42 y 0.89, siendo el menor el de la escala dependiente. Además, se brindaron baremos asignados en puntajes T para la población estudiantil a diferencia de puntuaciones TB que asigna el autor del inventario.

Custodio hacia el 2002, busca relacionar la alexitimia y el sentimiento de coherencia en un grupo de adolescentes limeños, para lo cual empleó la Escala de Alexitimia de Toronto TAS 20 y la escala de Sentido de Coherencia SOC, en una muestra de 342 alumnos de segundo a cuarto año de educación secundaria y bachillerato de colegios nacionales de Chorrillos cuyas edades se comprendían entre los 13 y 18 años. A través de este estudio correlacional se obtuvo una correlación negativa entre estas variables ($r=-0.30$, $p<0.05$) lo que confirmaría el sentido opuesto de la relación planteada, a un mayor nivel de alexitimia se asocia un menor sentido de coherencia. Otro de los resultados fue la presencia de un 79.84 % de la muestra obtuvo niveles moderados de alexitimia entre la población adolescente estudiada.

Castañeda (2003), realizó un estudio correlacional en el que relacionaba la alexitimia, la cólera y la hostilidad en un grupo de 500 mujeres con antecedentes de maltrato infantil cuyas edades fluctuaban entre los 18 y 74 años. A través de este estudio logró validar la

Escala de Alexitimia UBA que obtuvo una consistencia interna de 0.76. Siguiendo sus resultados no se obtuvieron diferencias significativas entre los factores de la alexitimia y la alexitimia en general, en contraste, se obtuvieron diferencias significativas entre las variables relacionadas, a través de un análisis descriptivo se concluyó que la alexitimia no es una característica propia de mujeres con historia de maltrato infantil y que se presenta en forma indistinta entre éstas y aquellas que no hayan atravesado por una situación de maltrato.

Kendall y Rodríguez (2002), realizaron un estudio en la ciudad de Lima, cuyo objetivo fue validar la Escala de Alexitimia de Toronto TAS 20, a través de una escala tipo Lickert de 5 puntos de respuesta, en estudiantes universitarios de diferentes sexos, que cursaban carreras de derecho y enfermería en dos universidades con una media de edad de 24 años. Entre los resultados obtenidos se demostró una validez factorial parcial de la escala usada comparativamente con la realizada en otros países.

Castañeda (1983), realizó un estudio clínico de 18 casos de intento de suicidio en el Hospital General Base Cayetano Heredia, entre los hallazgos se obtuvo que mayormente se producía en el sexo femenino (78%), un 44% de sujetos se encontró entre los 24 y 29 años, y correspondientes al estado civil solteras (56%). Al análisis clínico en el que se empleó la entrevista diagnóstica y los criterios reunidos en el CIE 9 (Novena Edición), se halló que el 33% de los evaluados presentaban como diagnóstico trastorno de personalidad histérico, 17% el diagnóstico asténico, un 6% pertenecía al diagnóstico de personalidad dependiente, un 28% de los evaluados no presentaban diagnósticos específicos y el intento suicida se asoció a una depresión reactiva o prolongada.

Anticon, Uscata, Fuentes y Aguirre presentaron un estudio interdisciplinario que tuvo como finalidad conocer las características epidemiológicas del intento de suicidio en

1999, en el servicio de emergencia del Hospital Víctor Larco Herrera, que logró atender 94 pacientes en el tiempo que se llevó a cabo la investigación. Entre los resultados se obtiene que el grupo con mayor riesgo fue el sexo femenino (62%), el rango de edad mayormente encontrado fue de 18 a 35 años (54%), el método mayormente utilizado fue el de ingesta de órganos fosforados (46.8%) seguido por la sobredosis de medicamentos (31%), las situaciones desencadenantes fueron conflictos familiares (36.1%) y conflictos de pareja (29.8%). Entre los diagnósticos psiquiátricos se encontró depresión (23%), trastorno de personalidad (23%), esquizofrenia (22%) y trastornos de adaptación (21%). Referidos a los trastornos de personalidad los autores señalan que en estos pacientes se evidencia una deficiencia en el desarrollo de la personalidad y el intento suicida corresponde a un acto impulsivo tras la ocurrencia de algún evento significativo para el individuo.

Alegre (1999), realizó un estudio de tipo descriptivo retrospectivo de los casos de intento de suicidio atendidos por el servicio de emergencia del Hospital Edgardo Rebagliatti Martins ESSALUD, durante el año 1995. El objetivo fue identificar y registrar las variables demográficas, sociales y clínicas involucradas en el intento de suicidio. Entre sus resultados se obtuvo que las mujeres obtuvieron mayores cifras de intento suicida en relación con los varones; el grupo etáreo mayormente afectado correspondía a la población joven (34%) cuyas edades se hallaban entre 21 y 30 años; entre los diagnósticos se encontró que el 33% presentaba depresiones situacionales, 28% depresión mayor, 20% psicosis esquizofrénicas, 10% distimia y un 6% trastornos de la personalidad; la tentativa de suicidio realizada en adolescentes fue mayormente de tipo situacional.

Otarola (1999), se propone describir la epidemiología del suicidio en Lima Metropolitana durante el año 1997, a través de un estudio descriptivo, transversal y

retrospectivo, cuya fuente de información fueron los registros de atestado policiales de la División de Homicidios de la Policía Nacional del Perú del año 1997, obtuvo como resultado que de los 825 casos registrados de muerte violenta, 135 casos (16.3%) correspondían a suicidio comprobado.

Durand en una investigación transversal, descriptiva y analítica, en 1999, busca estudiar la prevalencia del episodio depresivo mayor actual, en una muestra de 62 pacientes del Hospital Arzobispo Loayza, en sus resultados obtuvo que el 88.7% fueron mujeres, se halló que el promedio de edad era de 23.4 ± 6.9 años, evidenciando que el rango de edades de 15-19 años presentó un 37.1% de intentos suicidas, seguidos por edades comprendidas entre los 20-24 años con un 24.2%, el factor desencadenante de la conducta suicida correspondió a problemas de pareja (46.8%), seguidos por problemas familiares (30.6%), el 41.9% de los pacientes evaluados presentaban cuadros de depresión mayor en el momento en que realizaron la conducta suicida.

Vílchez (2000), se interesó por establecer una relación entre red social y el intento suicida de los pacientes que acudieron al servicio de emergencia del Hospital Víctor Larco Herrera en los años 1999 y 2000, en el estudio se contó con la participación de 38 pacientes, el 63.13% fue del sexo femenino, el rango de edades con mayor incidencia de intento suicida fue el de 16 a 27 años con un (57.9%), de la totalidad de la muestra el 73.53% ingresó tras la ingesta de sustancias órganofosforados/benzodiacepinas, el desencadenante fue problemas de pareja (44.74%), el diagnóstico principal fue el de trastornos de la personalidad (21.05%), seguido por trastornos ansioso-depresivos, trastornos de adaptación y depresión mayor con 10.53% cada uno. Concluye afirmando que los pacientes que participaron en el estudio poseen una red social presente y confiable que pudo haber permitido que el intento suicida sea de bajo riesgo para la vida del paciente.

Mosquera del Águila (2003), por medio de un estudio observacional descriptivo realizado en el Hospital Hermilio Valdizán, durante meses de febrero 2000 a enero 2001, contó con una muestra de 67 pacientes intenta elaborar un perfil epidemiológico de aquellos que ingresen al servicio de emergencia del citado hospital presentando como diagnóstico intento de suicidio. Entre sus resultados obtuvo que el 76.12% de los evaluados son del sexo femenino, el rango de edades con mayor incidencia del intento suicida es el que comprende los 14 - 30 años, el 74.63% son solteros, en función al grado de instrucción el 37.3% registraban estudios superior incompleto, 28.9% secundaria incompleta y un 20.9% secundaria completa, con relación a la ocupación se obtuvo: desempleados un 47.8% y un 55.23% presentan intentos de suicidio previos. De la muestra evaluada un 67% comunicó a personas cercanas su intención de quitarse la vida, entre los factores desencadenantes se encuentra que los problemas de pareja presentan un 46.27% seguidos por conflictos familiares con un 20.9%, entre los diagnósticos presentados se obtuvo que el 56.95% presentaba cuadros depresivos, un 16.67% psicosis esquizofrénica, mientras que un 12.5% presentaba algún trastorno de la personalidad, siendo mayormente de tipo límite y antisocial. En función a la modalidad se halló el uso de sustancias químicas, mayormente entre las mujeres, con un 62.7% y cortes un 23.9%, en especial entre los varones.

Solís (2005), investiga las características sociodemográficas y de personalidad que presentan los pacientes hospitalizados tras un intento de suicidio a través de un estudio descriptivo. La muestra contó con 31 pacientes a quienes se les aplicó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon, MCMI-II y una Ficha Demográfica. Los resultados reflejan que el perfil de aquellos que realizan un intento suicida es: sexo femenino (90.3%), edades entre 17 y 24 años (70.94%), estudiante, soltera, con conflictos de

pareja y sintomatología depresiva. A la respecto de la personalidad se halló rasgos narcisistas y evitativos además de trastorno de personalidad paranoide y borderline.

Castro, Orbegoso y Tinoco realizaron un estudio longitudinal, descriptivo, retrospectivo realizado en el 2005 en el Hospital José Agurto Tello de Chosica, del periodo 1995-2004, obteniendo un registro de 380 casos identificados de intento de suicidio. Entre los resultados se obtuvo que el grupo con mayor incidencia es el que comprende las edades de 20 a 29 años con un 40.5%, seguido por el rango de edades de 15 a 19 años con un 34.2%; el estado civil predominante en la investigación fue solteros con un 61.2%; el factor desencadenante fueron discusiones familiares (33.9%), discusiones de pareja (27.6%) y un 22.9% con perturbaciones emocionales; el método más frecuente es el uso de órganos fosforados con un 75.3%.

Bermeo (2005), realiza un estudio descriptivo retrospectivo en el Servicio de Emergencia área de hospitalización del Hospital Daniel Alcides Camón Callao, a los pacientes ingresados por Intoxicación Aguda. Desde agosto del 2001 a julio del 2002, el estudio incluyó 222 pacientes de los cuales se registró que el intento de suicidio fue la causa más frecuente de intoxicación en un 76.6%.

2.2.2. INVESTIGACIONES INTERNACIONALES

Martínez-Sánchez (1998), se propone investigar la relación entre la alexitimia y el estilo represivo de afrontamiento en un grupo de 364 estudiantes de la Universidad de Murcia en España, tras una primera evaluación realizada con la Escala de Deseabilidad Social MCS, y el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad ISRA, se logró conformar cuatro grupos: baja ansiedad, alta ansiedad, represores y sensibilizadores, a quienes se aplicó la Escala de Alexitimia de Toronto TAS-20. como resultados se halló que la alexitimia es un constructo diferente al de represión emocional.

Páez, Martínez-Sánchez, Velasco, Mayordomo, Fernández y Blanco (1999), realiza un estudio transcultural para indagar la validez psicométrica de la Escala de Alexitimia de Toronto TAS-20, por tanto, se analizó la fiabilidad y validez factorial de la escala mencionada en una muestra española mediante análisis factorial confirmatorio, para luego correlacionar los pesos factoriales obtenidos en las muestras iberoamericanas con los obtenidos en muestras alemana, canadiense, estadounidense, belga, inglesa y mexicana. La comparación de los coeficientes de consistencia de fiabilidad entre los países tomados en cuenta en la investigación confirman que el TAS-20 era fiable en todos los países, y los tres factores que la conforman mostraron coeficientes de consistencia interna satisfactorios. Se observaron diferencias en cuanto al género en algunas dimensiones de la alexitimia lo que es explicada en función a las diferencias culturales y de género.

Casullo et. al. (2000), busca analizar la relación entre la dificultad para expresar los afectos de forma verbal y variables patológicas de personalidad en un grupo de pacientes con adicción al uso de sustancias quienes realizan un tratamiento de rehabilitación en Buenos Aires, Argentina. La muestra final estuvo integrada por 46 participantes, los cuales fueron evaluados con la Escala de Alexitimia UBA y el Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI-2. Un primer análisis dividió la muestra final en dos grupos: aquel que presentaba características alexitímicas y aquellos sin estas características, las diferencias estadísticas conseguidas demostraban que los adictos no alexitímicos parecen evidenciar una tendencia a un mejor pronóstico en comparación al grupo de alexitímicos, quienes presentaban mayores índices de repliegue, introversión y aislamiento y peores relaciones interpersonales, características relacionadas con las habilidades sociales que envuelven eficaces procesos de expresión verbal de los afectos.

Casullo (2001), busca hallar las correlaciones existentes entre la alexitimia y los estilos de personalidad basándose en la teoría expuesta por Theodore Millon, en la ciudad de Buenos Aires, con una muestra intencional de 500 sujetos. Tras el análisis se observó que existe correlaciones positivas y negativas, con significación estadística bilateral entre la alexitimia y ciertas metas motivaciones, algunos modos cognitivos y varias conductas interpersonales.

Espina et. al. (2001), en un estudio realizado en España, se plantean como objetivos establecer si la alexitimia se halla presente en progenitores de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, relacionar los niveles de alexitimia entre padres e hijas y comparar los niveles de alexitimia en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria y un grupo control. Entre los resultados se obtuvo que tanto los padres como sus hijas quienes padecían de algún trastorno de la conducta alimentaria presentaban niveles mayores de alexitimia en comparación con los resultados obtenidos por el grupo control lo que podría llevar a afirmar que la alexitimia es una característica de las familias con alexitimia.

Martínez-Sánchez et. al. (2001), realizaron un trabajo en la Universidad de Murcia, España, en el cual investigaron la existencia de sesgos cognitivos en el reconocimiento de expresiones vocales emocionales, con el objetivo de valorar si ésta refleja un déficit en el procesamiento emocional. El grupo estudiado contó con la participación de 162 sujetos sometidos a diferentes estímulos en los cuales debían identificar la emoción que expresaba el hablante. Como resultado se obtuvo que los sujetos con altos niveles de alexitimia registraban menores expresiones emocionales que aquellos con bajos niveles de alexitimia, lo que sugeriría que los sujetos alexitímicos son menos hábiles para reconocer estímulos verbales emocionales, además de proveer de validez al constructo de alexitimia.

Espina (2002), en España, busca estudiar las relaciones entre alexitimia y el ajuste diádico en parejas. Lograron evaluar 72 parejas sin patología física ni psíquica grave con la Escala de Alexitimia de Toronto, TAS-20, y la Escala de Ajuste Diádico. De acuerdo con los resultados los varones con niveles mayores de alexitimia evidenciaron peor ajuste diádico y al hacer un análisis en ambos esposos, la alexitimia predijo un peor ajuste de pareja. Se concluye sugiriendo que la alexitimia debe tenerse en cuenta en la terapia de pareja.

Martínez-Sánchez et. al. (2003), investiga al respecto de la estabilidad temporal de los niveles de alexitimia con relación a los cambios experimentados en el malestar emocional generado por las evaluaciones académicas. Se lograron evaluar 20 universitarios, de la universidad de Murcia, España, en cuatro ocasiones diferentes, antes y después de los exámenes; se evaluaron los niveles de alexitimia y de malestar emocional: ansiedad y sintomatología somática. Como resultado se obtuvo que mientras las medidas de malestar emocional cambiaron significativamente durante las diversas fases de la evaluación, el nivel de alexitimia permanecía estable concluyendo en afirmar que la alexitimia constituiría un rasgo estable de la personalidad.

Posse y col. (2004), realizó un estudio de seguimiento a 12 meses en una muestra de 253 trabajadoras de guarderías, para evaluar la estabilidad absoluta de la alexitimia y su relación con la ansiedad y la depresión, entre los hallazgos se obtiene que aunque se observan cambios absolutos en la alexitimia, también se aprecia un alto grado de estabilidad. Los cambios en la alexitimia eran independientes de los cambios en la gravedad de los síntomas y de las características demográficas. Los resultados parecen indicar que la alexitimia no es simplemente un efecto directo de la gravedad de los síntomas psicosociales o el resultado de una causa común, sino que, además, es responsable del inicio de los síntomas psicosociales.

Moral de la Rubia (2005), intenta investigar la relación entre alexitimia, desviación psicopática y depresión en un grupo de estudiantes universitarios de la ciudad de México. Mediante este estudio correlacional, de tipo transversal, se trabajó con una muestra no probabilística de 359 sujetos voluntarios. Se obtuvo entre los resultados que la desviación psicopática correlacionó con la dificultad para identificar sentimientos, que evalúa el TAS-20 mientras que la depresión correlacionó tanto con la desviación psicopática como con la puntuación total de alexitimia. Al ser controlado el efecto de la depresión en la correlación entre desviación psicopática y el factor referido a la dificultad para identificar sentimientos, esta dejó de ser significativa. El tercer factor de la TAS-20, referido al pensamiento externamente orientado, resultó ser independiente de la depresión. Se concluye afirmando que la alexitimia y la desviación psicopática son conceptos diferentes, con una débil relación, mediada por la depresión, al menos en poblaciones universitarias.

Moral de la Rubia (2006) intenta determinar la relación entre la alexitimia y la depresión, la relación entre las escalas de validación y clínicas del MMPI, así como establecer si la relación entre la alexitimia y somatización es directa o si se halla mediada por la depresión, en una muestra conformada por 362 estudiantes universitarios. Entre los resultados se obtuvo que la escala de depresión se correlaciona de forma directa con los puntajes totales del TAS 20, y con sus dos primeros componentes. La alexitimia se mantuvo independiente de la escala de histeria y se asocia débilmente con la de hipocondriasis, la dimensión somatomorfa se correlaciona de forma inversa. El puntaje total obtenido en la TAS 20 se correlacionó de forma negativa con las escalas de validación: Factor corrector, K y Sinceridad, L y obtuvo una correlación positiva con la escala Validez, F, además, presentó una correlación positiva con 5 de las 10 escalas clínicas: Introversión social, Psicastenia, Depresión,

Esquizoidismo e Hipomanía. En el análisis de factores de la TAS 20 se obtuvo: el primer factor del TAS 20 referido a la dificultad para identificar las emociones obtuvo correlación estadísticamente significativa con las escalas de validación K, F y L, así como las escalas clínicas de Introversión social, Psicastenia, Depresión y Esquizoidismo el segundo factor de la TAS 20 que evalúa la dificultad para expresar las emociones correlacionó significativamente con las escalas de validación K, F y L, y con las escalas clínicas Psicastenia, Introversión social, Esquizoidismo, Depresión, Hipomanía, Paranoia, Desviación psicopática, Hipocondriasis y Masculinidad – Feminidad. Finalmente el análisis de correlaciones entre el factor 3 de la TAS 20, referido al pensamiento orientado externamente, y el MMPI, señaló la existencia de correlaciones estadísticamente significativas en las escalas de validación K y F, así como con las escalas clínicas de Introversión social y Masculinidad – Feminidad.

Aquellos que realizaron algún intento suicida, de acuerdo con Youseff, evidenciarían rasgos antisociales. García et al. señalan que en los adultos los trastornos de personalidad antisocial y borderline suelen acompañarse de conductas autodestructivas sin intencionalidad mortal, aunque un número significativo de casos acaban consumando el suicidio (Solís, 2005).

Joffe y Regan (1989, referidos por Choca y Van Denburg, 1998), demostraron que los pacientes deprimidos evaluados con el MCMI I y que evidenciaban entre sus resultados rasgos límites o borderline presentaban mayores probabilidades que realizar intentos de suicidio que aquellos que no manifestaban estos rasgos.

Hacia 1992, Hull, Range y Goggin (citados por Choca y Van Denburg, 1998), detallan que entre las escalas que mejor predicen los resultados del cuestionario de conductas suicidas se hallan la negativista, distimia y paranoide. McCann y Sues en 1988, en un

estudio realizado hallaron que el 85% de su muestra de pacientes psiquiátricos y cuyo perfil evidenciaban puntuaciones elevadas en las escalas esquizoide, evitativa, dependiente y negativista daban muestras de ideación suicida y que el 65% había realizado algún intento suicida, hallazgos corroborados por McCann y Gergelis en 1990, logrando, además, destacar que estos resultados son coherentes con el modelo de vulnerabilidad al estrés según el cual, cuanto más alienada, deprimida e incapaz de salir adelante se sienta una personas, son mayores las probabilidades de presentar ideación suicida.

Pese a los estudios realizados no existe un perfil del MCMI exacto respecto a los individuos que presenten un intento suicida, sólo por medio del MCMI II es que McCann y Gergelis (1990 referidos por Choca y Van Denburg, 1998), observaron diferencias significativas entre sujetos suicidas y aquellos que manifestaban ideación suicida, hallando en los primeros índices mayores de deseabilidad social a comparación del segundo grupo.

Del Río Sánchez, Torres-Pérez, Borda-Mas (2002), intentan indagar la comorbilidad entre trastornos de la personalidad y trastornos de la conducta alimentaria siendo el objetivo del trabajo analizar este tópico en la bulimia nerviosa. Evaluaron un total de 33 mujeres que cumplían los criterios diagnósticos DSM-IV para la bulimia nerviosa subtipo purgativo con la versión española del MCMI-II. Los resultados mostraron altas puntuaciones en la escala Esquizoide, seguida por la Autodestructiva, Pasivo-Agresiva y Evitativa. Un 81% de las pacientes presentaba niveles clínicamente significativos de comorbilidad en alguna de las escalas.

Alexander, Choca, DeWolfe y otros (referidos por Choca y Van Denburg, 1998), señalan que los sujetos sanos presentan índices compulsivos más elevados que los

pacientes psiquiátricos. Overshorel (citado por Choca y Van Denburg, 1998), analiza las diferencias entre sujetos con estados depresivos situacionales e individuos con otro tipo de depresión, obteniendo como resultados que aquellos que atravesaban algún tipo de depresión situacional obtenían puntuaciones poco elevadas en las escalas esquizotípica y evitativa del MCMI I, pero una mayor puntuación en la escala narcisista. Al ser evaluados con el MCMI II, los pacientes con diagnóstico de depresión obtenían puntuaciones elevadas en las escalas de ansiedad y distimia, pero menores en la escala agresiva, paranoide, bipolar, abuso de sustancias y trastorno delusional.

Tanto el estrés o eventos situacionales adversos reflejarían alteraciones en los resultados del MCMI, así, Baile, Gilbertini, Scout y Endirson, estudiaron la prevalencia y gravedad de los síntomas de ansiedad y depresión entre sujetos que se sometían a una evaluación de descarte de cáncer de cabeza y cuello, obteniendo indicadores elevados en la escala de ansiedad y depresión pese a si eran diagnosticados o no con cáncer. Sin embargo, aquellos pacientes que presentaban algún tumor benigno tendían a un perfil con elevaciones en las escalas histriónica y negativista, a comparación de aquellos diagnosticados con cáncer maligno que presentaban mayores puntuaciones en las escalas dependientes y compulsiva (Choca y Van Denburg, 1998).

Hacia 1980, Gilbride y Hebert, investigaron las características de personalidad recogidas por el MCMI en un grupo de sujetos con baja capacidad de resolución de problemas a comparación de un segundo grupo con una alta capacidad. Se obtuvo entre sus resultados que los individuos de raza negra con una capacidad de resolución de problemas evidenciaban puntuaciones elevadas en las escalas paranoides y delirios psicóticos que aquellos de la misma raza pertenecientes al otro grupo, mientras que, entre los sujetos de raza blanca, los que presentaban baja capacidad para resolver

problemas exhibían elevación en los puntajes de las escalas esquizoide y esquizotípica (Choca y Van Denburg, 1998).

Choca y Van Denburg (1998) citan la investigación de Olson y Craig hacia 1995, quienes estudiaron el perfil de 75 mujeres y 70 varones que solicitaban terapia de pareja y lograron identificar cuatro tipos de personalidad susceptible de tener problemas matrimoniales de acuerdo a los resultados obtenidos en el MCMI. El primero es el del sujeto narcisista-agresivo-histriónico que tiende a establecer una relación sumamente conflictiva o hipercontroladora con el consorte en función de la clase de persona con quien establezca este vínculo. El segundo tipo se caracteriza por una inadaptación general y elevadas puntuaciones en las escalas negativistas, agresiva, autodestructiva, narcisista y límite, lo que inclinaría a establecer una relación conflictiva o dictatorial con el cónyuge. Los otros dos tipos corresponden a los sujetos dependientes, que se clasificarían en dependiente-evitativo-esquizoide y el dependiente-compulsivo.

Rasesk, Johnson, Jain y Mittauer, hacia 1999, realizaron una investigación acerca de la eficacia del Inventario Clínico Multiaxial de Millon II en la discriminación de pacientes que presentaban ideación suicida y aquellos que no la evidenciaban. Para lo cual trabajaron con 42 pacientes que referían ideación suicida y con 89 pacientes sin ideación suicida, ambos grupos estaban conformados por miembros militares en actividad. Tras los análisis realizados se obtuvo que 6 de los 7 ítems del inventario de Millon aportaban datos significativos para diferenciar al grupo con ideación suicida de aquel que no lo presentaba, concluyeron que el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II es un instrumento útil para el tamizaje de la ideación suicida. En el mismo año, Ravndal y Vaglum, luego de trabajar con el MCMI II concluyeron que la conducta suicida se hallaba relacionada con puntajes elevados en la escala de trastorno de personalidad borderline y trastorno depresivo (Solís, 2005).

Peña, Casas, Padilla, Gómez y Gallardo (2002), realizaron un estudio descriptivo en sujetos con antecedentes de intento suicida con 80 pacientes en Cuba, registrados desde enero 1997 hasta diciembre 2000. La edad predominante fue la de 17 a 23 años. El grupo fue sometido a la evaluación de personalidad con la prueba de 16 Factores de la Personalidad de Cattell, 16PF, caracterizándose el grupo como emotivo, con poca estabilidad emocional, inseguros, aprensivos, angustiados, tensos, frustrados, agobiados con niveles elevados de ansiedad. La incidencia de antecedentes familiares de intento suicida y trastornos psiquiátricos fue alta.

Quintanilla, Haro, Flores, Celís y Valencia, hacia el 2003, realizaron un estudio trasversal descriptivo, comparativo entre un grupo de pacientes con tentativa suicida y un grupo de referencia sin ideación ni tentativa suicida, en el que investigaron la variable desesperanza, los datos sociodemográficos muestra que el grupo de edad más vulnerable a realizar intento suicida es el comprendido entre los 15 y 24 años, siendo las mujeres el grupo mayormente afectado, en cuanto al estado civil se reportaron solteros en su mayoría, la ocupación que señalaron correspondió a desempleados y amas de casa.

Tuesca y Navarro (2003), en un estudio de casos y controles incidentes realizado en la ciudad de Barranquilla se intentó conocer los factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio, para lo cual en aquellos pacientes que habían consumado la conducta autolítica la entrevista y el empleo de la autopsia psicológica fue realizada a los familiares. Entre los hallazgos se encuentran: media de edades 32 años; nivel educativo predominante: secundaria completa; estado civil: solteros; con relación a la ocupación se encontraron empleados y estudiantes, como método empleó el uso de armas de fuego e intoxicaciones, con antecedentes de intento de suicidio, habían premeditado la manera de morir y se hallaron evidencias de mensajes o nota escritas.

Sánchez, Orejarena y Guzmán (2004) estudiaron las características de los suicidas en Bogotá: 1985-2000, a través de un estudio observacional-analítico basándose en los registros de necropsia de los suicidios registrados en 1985, 1990, 1995 y 2000 con una frecuencia de suicidios de 171, 222, 273 y 329 respectivamente. Entre las constantes observadas en estos pacientes se halla la comorbilidad física o mental, uso de sustancia psicoactivas, acceso a métodos letales, y el poco uso de armas de fuego en las féminas. Lo que lleva a concluir que los factores de riesgo del suicidio son un elemento dinámico que se modifica con el tiempo.

Fonseca (2004), realiza un registro de los suicidios e intentos suicidas en México, entre los años 1970 y 2000, en sujetos cuyas edades son menores a los 30 años, de diferentes sexos, hallando que en cuanto a la distribución la mitad de quienes intentan acabar con sus vidas tiene menos de 24 años y que uno de cada cinco son adolescentes entre 15 y 19 años, cifras alarmantes a tener en cuenta.

En Colombia se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal a 13 de los 24 pacientes que ingresaron al servicio de emergencia al Hospital Central Julio Méndez Barreneche con diagnóstico de intento de suicidio, quienes fueron evaluados con el fin de obtener un perfil de estos pacientes, entre los resultados se evidenció que la mayoría que lo intentan son personas menores de 30 años, solteros, desempleados, de bajo nivel económico y educativo, un 38% manifiestan intentos previos (Reyes, Castro, Polo y Ceballos, 2004).

Coronado-Santos, Díaz-Cervera, Vargas-Ancona, Rosado-Franco, Zapata-Peraza y Díaz-Talavera, (2004), investigaron la prevalencia del intento de suicidio en el servicio de urgencias del Hospital General Dr. Agustín O'Horán, de enero de 1998 a diciembre de 2003, en Yucatán, México. Con un total de 713 casos registrados en sujetos mayores

de 10 años, se obtuvo que el 47% corresponden al sexo masculino y un 52.6% al sexo femenino, siendo el grupo etáreo mas afectado el de 15 a 24 años. En la mayoría de los casos el mecanismo utilizado en el intento suicida no se reportó y un 3.5% de quienes lo intentaron fallecieron como consecuencia de dicho intento.

En el 2004, Quintanilla, y col, intentan identificar los tipos de personalidad de las personas que presentaron alguna tentativa suicida a través de la prueba de Eysenck, EPQ-A. Entre los datos sociodemográficos se observa que la muestra mayormente se halló conformada por sujetos cuyas edades se hallaban entre los 15 y 24 años, con predominancia en las mujeres, de estado civil convivientes, estudios secundarios, empleados y que señalaban haber presentado como mínimo alguna tentativa de suicidio. En función a las características de personalidad se obtuvo que los rasgos de mayor presencia son el tipo neuroticismo y psicoticismo sea de manera individual o de forma conjunta, y en menor rango se halla la escala de extraversión. El sujeto con múltiples tentativas de suicidio presenta valores elevados de neuroticismo y bajos en extraversión que aquellos con tentativa única.

Cevallos y col. (2005), a través de un estudio descriptivo, evaluaron las característica sociodemográficas de las personas que consumaron el intento de suicidio en la ciudad de Santa Marta durante los años 2002 y 2003, entre sus hallazgos se encuentran el porcentaje de varones que cometen mayormente el intento suicida se halla entre el rango de edad de 14 a 35 años siendo en las mujeres entre edades de 15 y 25 años, con grados de escolaridad bachillerato incompleto seguidos por estudios primarios, con estado civil solteros y convivientes, en cuanto a la ocupación se hallaron empleados informales y desempleados, el método para la realización del acto suicida el ahorcamiento y envenenamiento, el motivo principal fueron problemas económicos, seguidos por discusiones o decepciones amorosas. Con relación a la ideación suicida un 45% habían

manifestado esta decisión a sus familiares y un 17 % presentaron antecedentes de algún intento de suicidio.

Vega, Suárez y Noya (2005), investigaron los factores predisponentes de la conducta suicida en pacientes que recibieron atención en un hospital japonés entre abril y diciembre del 2002, por medio de un estudio de casos y controles, de acuerdo a los resultados se obtuvo que entre los factores predisponentes con significancia estadística se hallaron: el ser mujer, pertenecer al rango de edad entre los 13 y 34 años, vivir con un cónyuge, ser estudiantes con grado de escolaridad primaria y secundaria, ser amas de casa, presentar conflictos familiares o conyugales, presentar antecedentes de intento suicida e ideación suicida, pérdida de personas significativas por ruptura, antecedentes familiares de intento o suicidio consumado y consumo de alcohol en el entorno familiar.

2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

2.3.1. ESTILOS DE PERSONALIDAD PATOLÓGICA

Se define como estilos de personalidad a aquella manera de funcionar en el mundo, el cual se considera patológico o desadaptativo en cuanto este estilo de afrontamiento tiene como características presentar poca estabilidad en situaciones de estrés, inflexibilidad adaptativa y una tendencia a promover círculos viciosos o autodestructivos.

Estilos con dificultades para el placer: Carecen de la capacidad para experimentar recompensas, placeres y experiencias positivas de la vida.

- Trastorno esquizoide de la personalidad: el patrón asocial. Patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción emocional en el plano interpersonal.

- Trastorno de la personalidad por evitación: el patrón de repliegue. Patrón general de inhibición social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad a la evaluación negativa.
- Trastorno depresivo de la personalidad: el patrón de rendición. Patrón permanente de comportamientos y funciones cognoscitiva depresivas.

Estilos interpersonalmente desequilibrados o con problemas interpersonales:

Orientados tanto hacia las relaciones con los demás como hacia la consecución de sus propias necesidades, pese a presentan gran capacidad para experimentar placer y potenciar sus vidas.

- Trastorno de la personalidad por dependencia: el patrón sumiso. Aquellos con una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación.
- Trastorno histriónico de la personalidad: el patrón gregario. Presentan una emotividad generalizada y excesiva y el comportamiento de búsqueda de atención.
- Trastorno narcisista de la personalidad: el patrón ególatra. Patrón general de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.
- Trastorno antisocial de la personalidad: el patrón fanfarrón. Patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás.

Estilos con conflictos intrapsíquicos: Presentan un desdoblamiento entre sus relaciones interpersonales y sus estructuras intrapsíquicas, experimentan al máximo los potenciales de la vida, lo problemático es que cambian los componentes que conforman estas polaridades.

- Trastorno sádico de la personalidad: el patrón de abuso. Patrón patológico de conducta cruel, vejatoria y agresiva.
- Trastorno compulsivo de la personalidad: el patrón de conformismo. Patrón caracterizado por preocupación por el orden, perfeccionismo y control mental e interpersonal, a costa de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia..
- Trastorno negativista de la personalidad: el patrón vacilante. Cuadro permanente de actitudes de oposición y resistencia pasiva ante las demandas adecuadas de rendimiento social y laboral.
- Trastorno masoquista de la personalidad: el patrón afligido. Patrón patológico de conducta autodestructiva en la cual el sujeto frecuentemente evita o desestima las experiencias gratificantes dejándose arrastrar por situaciones o relaciones que van a llevar un sufrimiento e impedir que los otros le presten ayuda.

Estilos con déficits estructurales: Se caracterizan por ser socialmente incompetentes, con marcadas dificultades de relación y a menudo permanecen aislados, hostiles o confusos; además de episodios psicóticos periódicos aunque reversibles en las que pierden el contacto con la realidad y descontrol cognitivo emocional.

- Trastorno esquizotípico de la personalidad: el patrón excéntrico. Patrón de déficit sociales e interpersonales caracterizado por un malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como por distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento.
- Trastorno límite de la personalidad: el patrón inestable. Patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad.

- Trastorno paranoide de la personalidad: el patrón suspicaz. Patrón de desconfianza y suspicacia general hacia los otros, de forma que las intenciones de éstos son interpretadas como maliciosas.

2.3.2. ALEXITIMIA

Etimológicamente significa ausencia de palabras para expresar emociones.

Entre las características principales que lo acompañan se halla la dificultad para reconocer, identificar y describir las emociones y distinguirlas de los estados emocionales y sensaciones físicas; baja simbolización manifestada por la pobreza en la vida fantasmática y la actividad imaginaria; así como, presencia de un pensamiento operatorio, con tendencias a focalizar la atención en los aspectos externos de un suceso.

Se define como personalidad alexitímica aquella que presenta dificultades para verbalizar y diferenciar los estados emocionales que experimenta más que una incapacidad para experimentarlos o sentirlos.

2.3.3. INTENTO SUICIDA

La palabra suicidio proviene del latín *sui* que significa *uno mismo* y de *cidium* que se refiere a *caédere* y se traduce como *matar*, es decir, el acto del individuo encaminado a la autodestrucción intencional.

La Organización Mundial de la Salud, define el acto suicida como la lesión dirigida hacia sí mismo con diferentes grados de intención mortal y de conciencia del motivo. Siendo el suicidio una autoagresión con resultados mortales.

Siendo el intento suicida una conducta agresiva cuya meta es la obtención de la muerte a través de un acto de auto lesión, realizado con el propósito conciente de autodestrucción pero que no logró el objetivo propuesto.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

H_G Existe correlación entre los estilos de personalidad patológica y la alexitimia en pacientes con antecedentes de intento suicida.

2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

H₁ Existe correlación entre el estilo de personalidad patológica esquizoide y la alexitimia en pacientes con antecedentes de intento suicida.

H₂ Existe correlación entre el estilo de personalidad patológica evitativo y la alexitimia en pacientes con antecedentes de intento suicida.

H₃ Existe correlación entre el estilo de personalidad patológica histriónico y la alexitimia en pacientes con antecedentes de intento suicida.

H₄ Existe correlación entre el estilo de personalidad patológica antisocial y la alexitimia en pacientes con antecedentes de intento suicida.

H₅ Existe correlación entre el estilo de personalidad patológica autoderrotista y la alexitimia en pacientes con antecedentes de intento suicida.

H₆ Existe correlación entre el estilo de personalidad patológica esquizotípico y la alexitimia en pacientes con antecedentes de intento suicida.

H₇ Existe correlación entre el estilo de personalidad patológica borderline y la alexitimia en pacientes con antecedentes de intento suicida.

H₈ Existe correlación entre el estilo de personalidad patológica paranoide y la alexitimia en pacientes con antecedentes de intento suicida.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y MÉTODO DE ESTUDIO

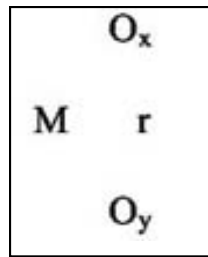
El tipo de investigación es básica, debido a que tiene como fin la búsqueda del progreso científico a través del acrecentamiento de los conocimientos teóricos (Tamayo, 1994).

La presente investigación constituye una investigación descriptiva correlacional. La utilidad y el propósito de los estudios correlacionales es saber cómo se pueden comportar un concepto o variable conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación es correlacional, pues su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández y col 2003 y León y Montero, 2003).

El diagrama representativo del diseño correlacional es el siguiente:



de acuerdo con Sánchez y Reyes (2002), en este esquema se tiene:

M = Muestra de investigación.

O_x, O_y = Observaciones de las variables.

x = Estilos de personalidad patológica.

y = Alexitimia.

r = Relación entre variables.

3.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

3.3.1. UNIVERSO MUESTRAL

Entre los datos asignados según la Oficina de Epidemiología del Hospital Nacional Cayetano Heredia (2004), se observa que en cuanto a los Servicios de Consulta Externa, el grupo de mujeres representa el 58.42% (90,159 atenciones), mientras que los varones registran un 41.58% (64,159 atenciones), el grupo etáreo que mayor atención ha recibido es el de 20 a 40 años con 38% (58,890 atenciones), seguido del grupo de edad 65 años a más, con 16% (25,426 atenciones), luego del grupo de edad de 50 a 64 años con 15% (23,544 atenciones). El grupo de edad que corresponde a los 0 hasta los 19 años representa el 31% de las atenciones registradas.

En el Servicio de Hospitalización en el año 2004 hubo 18,985 atenciones en comparación con el año 2003 (17,780 atenciones). Las mujeres representan el 64.16% (12,182 atenciones) y los varones 35.84 % (6,803 atenciones), el grupo etáreo con mayor cantidad de hospitalización es de 20 a 44 años.

Al realizar un análisis de las principales causas de muertes se observa que todas las consecuencias de causas externas de morbilidad; incluidos envenenamientos, accidentes de tránsito, entre otras; figuran como la tercera causa de muerte con una incidencia de 8.62% (60 muertes), siendo los grupos de edad más vulnerables de 12 a 30 años.

3.3.2. POBLACIÓN OBJETIVO

La población objetivo la conforman aquellos pacientes que han sido atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia y que presentaban como diagnóstico Intento de Suicidio, así como también los pacientes del Consultorio Externo de Psicología – Departamento de Adolescentes y Adultos y que manifestaron haber realizado algún intento suicida durante los últimos 6 meses previos a la atención, y que pertenecen al rango de edades comprendidas entre los 17 y 25 años, de diferentes estados civiles y con un grado de instrucción mínimo de secundaria.

3.3.3. DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA

a. Tamaño de la Muestra

La muestra estuvo conformada por 49 pacientes que recibieron atención sea en el Servicio de Emergencia o en el Consultorio de Psicología del Hospital Nacional Cayetano Heredia y que hayan presentado algún intento suicida en un lapso de tiempo no mayor de 6 meses, tal como señala la figura 2.

Se puede observar que el número de pacientes captados en el Servicio de Hospitalización (24 pacientes), es ligeramente menor al obtenido en el Consultorio Externo de Psicología – Departamento de Adolescentes y Adultos (25 evaluados), con un porcentaje de 49% y 51% respectivamente.

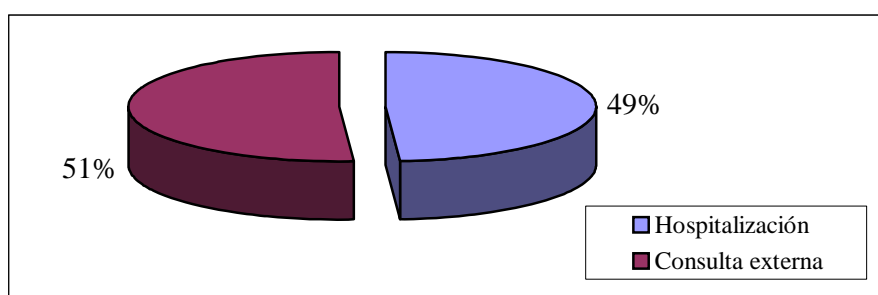


Figura 2: Distribución de la Muestra Evaluada según el lugar de Captación.

b. Procedimiento de Muestreo

Se utilizó el muestreo no probabilístico intencional con criterios de espera a esto se sumaron criterios de inclusión – exclusión, debido a que la elección de los sujetos que conforman la muestra no depende de la probabilidad sino que concuerdan con los requisitos de la investigación. Se trabajó con pacientes que presentaron antecedentes de intento suicida.

c. Criterios de Selección de la Muestra

Criterios de Inclusión de la Muestra Clínica

- Edades comprendidas entre 17 y 25 años.
- Grado de Instrucción Secundaria en adelante.
- Antecedente de Intento Suicida en los últimos 6 meses.

- No contar con diagnóstico de enfermedad mental (Trastorno mental orgánico, trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas, esquizofrenia y trastornos de ideas delirantes).
- Ausencia de tratamiento psiquiátrico.
- Pacientes que hayan completado con el llenado en su totalidad los instrumentos de la evaluación.

Criterios de Exclusión de la Muestra Clínica

- Pacientes con edades menores de 17 años y/o mayores de 25 años.
- Grado de Instrucción Inferior a secundaria.
- Antecedente de Intento Suicida en un lapso de tiempo mayor de 6 meses.
- Contar con diagnóstico de enfermedad mental (Trastorno mental orgánico, trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas, esquizofrenia y trastornos de ideas delirantes).
- Presencia de tratamiento psiquiátrico.
- Pacientes que no hayan completado con el llenado en su totalidad los instrumentos de la evaluación.

3.3.4. COMPOSICIÓN DE LA MUESTRA

La muestra se halló distribuida de acuerdo a las siguientes características.

Referente al sexo, en la figura 3, se observa que de los 49 casos evaluados que presentaron antecedentes de intento suicida, 31 (63 %) eran mujeres, mientras que 18, es decir, el 37% de los sujetos evaluados eran varones.

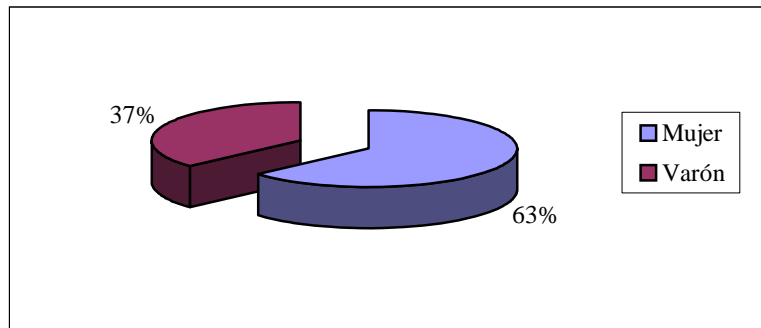


Figura 3: Distribución de la Muestra Evaluada según Sexo.

Con relación a la edad, la muestra contó con la participación de 49 pacientes cuyas edades fluctuaban entre los 17 y 25 años, tal como se detalla en la figura 4. Siendo las edades que registran un mayor porcentaje de intento de suicidio los 17, 25 y 18 años, presentando 9, 8 y 7 casos, lo que equivale a un 19%, 17% y 14% respectivamente.

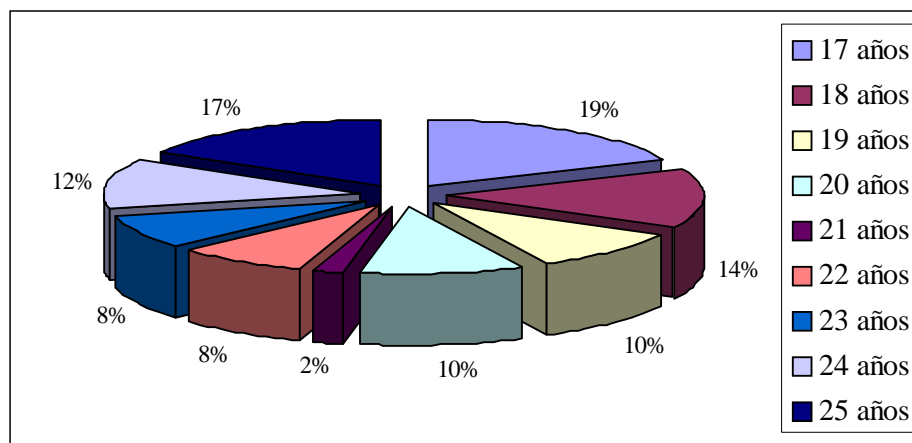


Figura 4: Distribución de la Muestra Evaluada según Edad.

Respecto al estado civil, figura 5, la muestra estuvo compuesta por 40 solteros, 2 casados y 7 convivientes, no observándose la presencia de viudos o divorciados. En términos de porcentajes la muestra estuvo conformada por un 82% de sujetos solteros, seguidos por el estado civil conviviente con un 14% y finalmente el grupo de casados con un 4%.

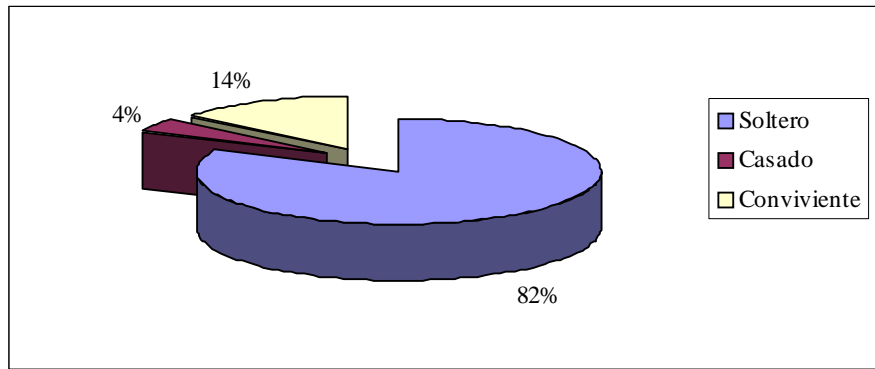


Figura 5: Distribución de Casos de Intento de Suicidio según Estado Civil.

De acuerdo con el grado de instrucción en la figura 6, se observa que la mayor parte de los sujetos evaluados presentaban un grado de instrucción de secundaria completa (55%) seguidos por el grado de instrucción superior universitario, con un 29%, en menor proporción se encuentran los grados de instrucción superior técnico y secundaria incompleta.

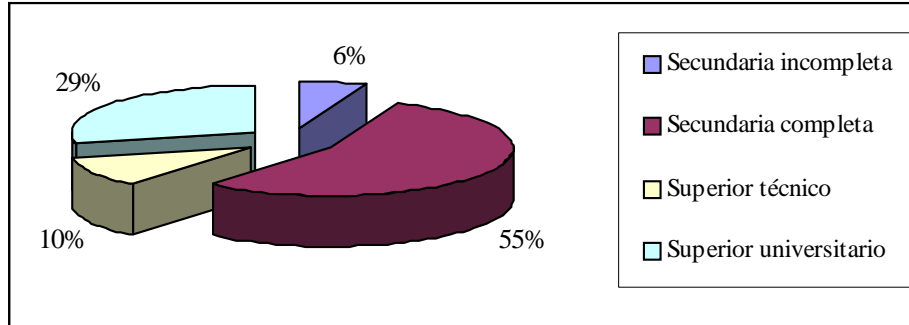


Figura 6: Distribución de la Muestra Evaluada según el Grado de Instrucción.

En relación con el tipo de ocupación señalado por los evaluados, en la figura 7, se observa que la mayor parte de los sujetos en el momento que realizaron el intento de suicidio contaban con un trabajo (37%), otro grupo considerable de evaluados se encontraban estudiando (33%), seguidos por un 16% de evaluados quienes se encontraban desempleados y finalmente un 14% desempeñaban actividades referidas a la ocupación de ama de casa.

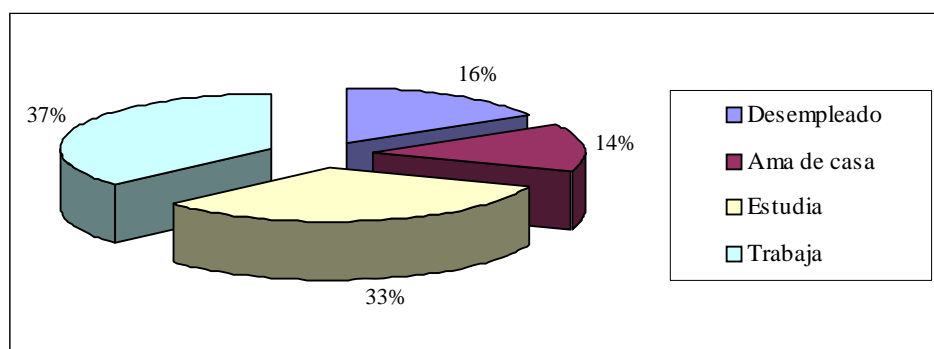


Figura 7 Distribución de la Muestra Evaluada según la Ocupación.

Así mismo, para la validación de Escala de Alexitimia de Toronto se contó con la participación de 218 sujetos, tal como se observa en la tabla 5, la cual estuvo distribuida de la siguiente manera.

Tabla 5

Distribución de la Muestra Evaluada para la Validación de la TAS 20 según Sexo y Edad.

Edad	Sexo				N	%
	Varón	%	Mujer	%		
16 años	0	0	1	0.5	1	0.5
17 años	51	23.4	46	21.1	97	44.5
18 años	9	4.1	17	7.8	27	11.9
19 años	7	3.2	7	3.2	14	6.4
20 años	2	0.9	6	2.6	8	3.7
21 años	4	1.8	4	1.8	8	3.7
22 años	1	0.7	8	3.7	9	4.1
23 años	5	2.3	9	4.1	14	6.4
24 años	3	1.4	8	3.7	11	5.0
25 años	9	4.1	11	5.1	20	9.2
27 años	0	0	1	0.5	1	0.5
28 años	1	0.5	1	0.5	2	0.9
29 años	1	0.5	0	0	1	0.5
34 años	1	0.5	0	0	1	0.5
35 años	0	0	1	0.5	1	0.5
39 años	0	0	2	0.9	2	0.9
47 años	0	0	1	0.5	1	0.5
70 años	0	0	1	0.5	1	0.5
Total	94	43.1	124	56.9	218	100.0

3.4. VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

Las variables que se asumen en el trabajo son:

3.4.1. PARA EL DISEÑO CORRELACIONAL

a. Variables Relacionadas

Son las siguientes:

- ***Estilo de Personalidad Patológica.***- Variable de tipo cuantitativa. El indicador para esta variable, son las puntuaciones mayores de 75 en las escalas evaluadas por el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II, MCMI II, siendo estas:
 - Escala 1: Esquizoide.
 - Escala 2: Evitativa.
 - Escala 3: Dependiente.
 - Escala 4: Histriónica.
 - Escala 5: Narcisista.
 - Escala 6A: Antisocial.
 - Escala 6B: Agresivo-Sádico.
 - Escala 7: Compulsiva.
 - Escala 8A: Pasivo-Agresiva.
 - Escala 8B: Autoderrotista.
 - Escala S: Esquizotípica.
 - Escala C: Límite.
 - Escala P: Paranoide.

- **Alexitimia.-** Se trata de una variable de tipo cuantitativa, tratada como categórica. Representada por los puntajes obtenidos por la muestra en la Escala de Alexitimia de Toronto TAS-20, la cual considera tres factores de evaluación.
 - Factor 1: Dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales o fisiológicas que la acompañan.
 - Factor 2: Dificultad para describir los sentimientos a los demás.
 - Factor 3: Estilo de pensamiento orientado hacia lo externo o también denominado pensamiento externamente orientado.

b. Variables Controladas

- **Edad:** Edades comprendidas entre los 17 y 25 años.
- **Intento de Suicidio:** Aquella conducta agresiva cuya meta es la obtención de la muerte a través de un acto de autolesión, realizado con el propósito consciente de autodestrucción pero que no logró el objetivo propuesto.

c. Otras variables a considerar

- Sexo.
- Grado de Instrucción.
- Estado Civil.
- Ocupación.
- Motivo del Intento.
- Método Utilizado en el Intento.
- Preparación Activa del Intento.
- Nota Suicida.

- Propósito Supuesto del Intento.
- Actitud Ante el Vivir/Morir.
- Grado de Premeditación.
- Reacción frente al Intento.
- Número de Intentos de Suicidio Previos.
- Tiempo Contemplando la Idea Suicida.

3.4.2. PARA EL DISEÑO COMPARATIVO

- a. Variables Independientes: Estilos de Personalidad Patológica y Alexitimia.
- b. Variable Dependiente: Intento suicida.
- c. Variables Controladas

1. Medioambientales:

Se controlaron los diferentes estímulos interferentes (ruidos, timbres, interrupciones, etc.) que se hubieran podido presentar o producir durante la aplicación de alguno de los instrumentos, a través de coordinaciones previas con las personas encargadas.

2. Efectos relativos a la situación de investigación:

Se controló que la situación misma de investigación no genere efectos en los sujetos que puedan inducir sus respuestas en alguna dirección haciendo gestos de aprobación o desaprobación durante el tiempo de aplicación de los instrumentos.

3. Deseabilidad Social:

Se controló por medio de la aplicación del instrumento en forma anónima pues de este modo existen probabilidades de que respondan verazmente en la medida en que conozcan cuales son sus verdaderas creencias y valores.

4. Fatiga y/o Cansancio Mental:

Esta variable se controló aplicando los instrumentos de evaluación cuando los pacientes que hayan realizado el intento suicida y que permanezcan internados se encuentren en condiciones físicas apropiadas para leer, comprender y responder los ítems, en aquellos sujetos que no fueron evaluados en el Servicio de Emergencia del Hospital Cayetano Heredia esta variable fue más sencilla de controlar.

d. Variables Extrañas

1. Efecto reactivo del instrumento:

Las respuestas de los sujetos ante el instrumento, no necesariamente son las mismas que ocurren en la situación real.

2. Presencia del Examinador:

El hecho de que algunos participantes se sientan evaluados, podría modificar su actitud hacia las pruebas y ello probablemente influiría en los resultados del estudio.

3.5. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN Y DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En la presente investigación se utilizaron el *Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI II)* y la *Escala de Alexitimia de Toronto 20 (TAS 20)*. Además, se empleó una ficha de datos sociodemográficos que recopiló información de diversa índole referida al intento suicida.

3.5.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS. (ANEXO A)

Entre los datos a considerar se solicitó a los sujetos evaluados la siguiente información:

- Edad.
- Sexo: Varón o mujer.

- Grado de Instrucción: Secundaria incompleta, secundaria completa, superior técnico, superior universitario.
- Estado Civil: Soltero, conviviente, casado, divorciado, viudo.
- Ocupación.

Entre los datos requeridos en la evaluación se consignaron aquellos que involucraban el acto suicida.

- Motivo del Intento: Sentimental, familiar, económico, enfermedad, otros.
- Método Utilizado en el Intento:
- Preparación Activa del Intento: Ninguna; mínima o moderada; importante.
- Nota Suicida: Ninguna; nota escrita, rota, no terminada, pensó escribirla; presencia de nota.
- Propósito Supuesto del Intento: Manipular a otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza; componentes del punto anterior y del siguiente; escapar de la vida.
- Actitud Ante el Vivir/Morir: No quería morir; componentes del punto anterior y del siguiente; quería morir.
- Grado de Premeditación: Ninguno, impulsivo; suicidio contemplado por 3 horas antes del intento; suicidio contemplado por menos de 3 horas antes del intento.
- Reacción frente al Intento: Arrepentido, sentimientos de ridículo, vergüenza; acepta tanto el intento como su fracaso; rechaza el fracaso del intento.
- Número de Intentos de Suicidio Previos: Ninguno; 1 ó 2; 3 o más.
- Tiempo Contemplando la Idea Suicida. Horas, días, meses, años.

3.5.2. ESCALA DE ALEXITIMIA DE TORONTO TAS-20. (ANEXO B)

- Autor: Taylor, Parker y Bagby.
- Número de Ítems: 20 reactivos tipo Lickert con 6 posibilidades de respuesta.
- Duración: Tiempo variable, aproximadamente 5 a 10 minutos.
- Aplicación: Individual o colectiva.
- Finalidad: Obtener una puntuación total en alexitimia así como en los tres factores que son congruentes con el constructo.

Factor 1: Dificultad para identificar sentimientos.

Factor 2: Dificultad para describir sentimientos.

Factor 3: Pensamiento orientado externamente.

Descripción de la Prueba

En la escala original de 26 ítems se ofrecían cinco posibles respuestas, que se puntuaban de 1 a 5, en estudios siguientes la escala presentó un recorte en el número de ítems, contando con 20 reactivos y manteniendo en 5 las elecciones de respuesta. Moral de la Rubia y Retamales (2000) realizan un estudio de validación de la Escala de Alexitimia de Toronto TAS 20 en España con una posibilidad de 6 opciones de respuesta, mayor que en la escala original.

Corrección.

Esta escala consta de 20 preguntas con seis posibilidades de respuesta, que van desde “muy en desacuerdo” hasta “muy de acuerdo” y que se puntúan entre 0 y 5. Los ítems 4, 5, 10, 18 y 19 puntúan de forma inversa.

- El factor I está definida por la sumatoria de los puntajes directos de los ítems TAS01, TAS03, TAS06, TAS07, TAS09, TAS13 Y TAS14.

- El factor II se operacionaliza sumando la puntuación dada en los ítems TAS02, TAS04, TAS11, TAS12 Y TAS17.
- El factor III es medido a través de las puntuaciones obtenidas en los ítems TAS05, TAS08, TAS10, TAS15, TAS16, TAS18, TAS19 Y TAS20.

Confiabilidad.

Moral de la Rubia y Retamales (2000), realizaron un estudio de validación de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) en una muestra española en donde obtuvieron que la escala presenta una consistencia interna de $\alpha = 0.82$, una estructura trifactorial que explicaba el 32.5% de la varianza total, con una distribución normal, así como respecto a la fiabilidad temporal (a 24 semanas) la correlación test-retest es de $r_{12} = 0.72$; y a las 48 semanas $r_{12} = 0.69$.

Validez.

La adaptación y validación de la Escala de Alexitimia de Toronto TAS-20 en una muestra mexicana realizada por Moral de la Rubia (en Moral de la Rubia, 2005), consigna los siguientes datos psicométricos: Por factorización de los Ejes Principales, la escala presenta una estructura de tres factores ortogonales que explican el 30.16% de la varianza total. Los factores son: 1) Dificultad para Expresar Sentimientos (DES); 2) Dificultad para Identificar Sentimientos (DIS) y 3) Pensamiento Externamente Orientado (PEO). La escala resultó consistente ($\alpha = 0.82$) y fiable a los seis meses ($r = 0.70$), así como sus dos primeros factores ($\alpha = 0.80$ y $r = 0.55$ y $\alpha = 0.78$ y $r = 0.61$, respectivamente). El tercer factor tiene una fiabilidad baja ($\alpha = 0.53$ y $r = 0.36$), la distribución de la escala es normal ($Z_{k-s} = 1.280$, $p = 0.076$) con una media de 25 y desviación estándar de 12. Las distribuciones de sus tres factores son ligeramente asimétricas positivas, sin ajustarse a una curva normal.

3.5.3. INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON. MCMI II. (ANEXO C)

- Autor: Theodore Millon.
- Número de Ítems: 175 ítems de elección dicotómica.
- Duración: Tiempo variable, entre 15 y 25 minutos.
- Aplicación: Individual o colectiva a grupos reducidos.
- Ámbito de Aplicación: Sujetos mayores de 17 años de edad con un nivel de comprensión lectora adecuado.
- Finalidad: Instrumento diagnóstico consonante con un formato nosológico y una terminología conceptual de un sistema oficial recogidos en 26 escalas:
 - 4 escalas de fiabilidad y validez: Validez, sinceridad, deseabilidad social, autodescalificación.
 - 10 escalas básicas de personalidad: Esquizoide, evitativo, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresivo-sádico, compulsivo, pasivo agresivo, autoderrotista.
 - 3 escalas de personalidad patológica: Esquizotípico, borderline, paranoide.
 - 6 síndromes clínicos de gravedad moderada: Ansiedad, somatomorfo, bipolar, distimia, dependencia de alcohol, dependencia de drogas.
 - 3 síndromes clínicos de gravedad severa: Desorden del pensamiento, depresión mayor, desorden delusional.

Descripción de la Prueba

Cada una de las escalas ha sido elaborada como una medida operacional de un síndrome derivado de una Teoría de la Personalidad y Patología de Millon, las que son medidas directamente y de modo cuantificable (Garibay, 2002).

Millon y Davis (2001), detallan que el MCMI puede ser empleado de manera rutinaria en servicios hospitalarios, comunitarios, centros de salud mental, servicios educativos, tribunales y en la práctica privada. La división entre escalas para los trastornos de la personalidad y para los trastornos clínicos corre de forma paralela al modelo multiaxial y tiene importantes implicaciones interpretativas.

Millon (1999) refiere: “El principal objetivo del MCMI-II es proporcionar información a los clínicos en tareas de evaluación y tratamiento de personas con dificultades emocionales e interpersonales” (Pág. 16). Es considerado, dentro del esquema de clasificación señalada por Hogan (2004), como inventario de personalidad de amplio espectro con orientación hacia lo anormal, debido a que su propósito es indagar respecto a las características anormales y patologías de la personalidad.

Para una correcta administración el sujeto evaluado debe contar con una edad adecuada y sus facultades intelectuales y emocionales deben ser al menos suficientes para poder entender los ítems sin dificultad. Respecto al uso del MCMI-II, Choca y Van Denburg (1998), recomiendan ser precavidos en la administración del test cuando el sujeto no ha completado al menos ocho cursos de educación.

No es equivocado utilizar el MCMI en sujetos que no sean pacientes psiquiátricos mientras el clínico tenga presente con que grupo está comparando el sujeto que pasa el test, además, casi todos los individuos consiguen puntajes elevados al menos en una de las escalas básicas de personalidad, pero ello no implica que padezcan de un trastorno de la personalidad (Choca y Van Denburg, 1998).

Choca y Van Denburg (1998), detallan que el Inventario Clínico de Millon, MCMI, fue diseñado principalmente para evaluar rasgos o síntomas más o menos

encubiertos de la personalidad y no posee ítems referidos a la etiología de estos, por lo tanto, es aceptado por una mayor diversidad de profesionales.

Según Camara y Colaboradores, citados por Hogan (2004), el MCMI es actualmente el décimo instrumento más utilizado por los psicólogos clínicos.

Tal como refieren Aiken (1996) y Choca y Van Denburg (1998), el grupo de normas para el MCMI II, contó con una muestra de 1292 pacientes de diferentes sexos en Estados Unidos quienes contaban con un tratamiento y una variedad de problemas en clínicas, hospitales y prácticas privadas. La confiabilidad promedio de test-retest de las escalas varía de 0.81 a 0.87 tras una semana y 0.67 a 0.82 trascurridas 5 semanas de la aplicación; los coeficientes de consistencia interna promedio son de 0.82 a 0.90. Algunas evidencias para la validez de las escalas se encuentran en sus correlaciones con varios inventarios y listas de verificación psiquiátricas.

A diferencia de otras escalas tales como el MMPI Millon trabaja con puntuaciones TB; que según Choca y Van Denburg (1998, p. 31):

Indica la probabilidad que tiene un sujeto de presentar un atributo determinado y no tanto el lugar que ocupa dentro de la distribución normal. Desde este punto de vista, una puntuación TB baja no es indicativa de nada, contrariamente a una baja puntuación T, que implicaría ausencia del atributo medido. En este sentido, las puntuaciones TB resultan más fáciles de interpretar ya que sólo cabe tener en cuenta las puntuaciones elevadas en alguna medida, pudiendo ignorar prácticamente las que sean muy bajas.

Millon situó los puntos de corte de los puntajes TB en cuatro puntos diferentes: así un puntaje TB de 35 sería la puntuación media en la población normal o no clínica; una puntuación TB de 60 representaría la puntuación media para todos los pacientes; un puntaje TB de 74 indicaría la presencia de este tipo de personalidad o síndrome y una puntuación TB mayor de 84 señalan que el tipo de personalidad o síndrome es

la más predominante en el individuo (Ávila y Jiménez, 1992; Choca y Van Denburg, 1998 y Hogan, 2004).

La teoría de Millon hace referencia a un estilo de personalidad denominado depresivo y que es evaluado en el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III, el que, además, añade la evaluación del estrés postraumático como síndrome clínico de gravedad moderada, criterios no incluidos por el MCMI II.

El Inventario Clínico Multiaxial De Millon MCMI-II En El Perú

Hacia el 2002, Garibay, realiza el análisis exploratorio psicométrico del Inventario Clínico Multiaxial de Millon II en 260 estudiantes de Psicología del primer año de la Universidad Nacional Federico Villarreal cuyas edades oscilaban entre los 17 y 28 años de diferentes sexos como muestra sana. En cuanto a la muestra clínica contó con la participación de 70 pacientes cuyas edades fluctuaban entre los 18 y 40 años de diferentes entidades médicas tales como Hospital Dos de Mayo, Hospital Rebagliati Martins y en el Centro de Psicoterapia Psicoanalítica de Lima.

Tras el análisis de confiabilidad de cada una de las escalas del MCMI II, a través del método de consistencia interna, se hallaron los valores por homogeneidad a través del alfa de Cronbach entre 0.42 y 0.91 correspondiendo los menores índices en las escalas de compulsivo, dependiente, deseabilidad, desorden delusional, esquizoide y dependencia al alcohol; mientras que los mayores coeficientes se dieron en las escalas de autodescalificación, distimia, borderline, somatoforme, depresión mayor y evitativo.

Además, se efectuó la consistencia por escalas por el método de mitades, siendo los valores obtenidos entre 0.42 y 0.89 con menores índices de las escalas de dependiente, compulsivo, esquizoide, paranoide, deseabilidad y desorden

delusional; las escalas que contaron con coeficientes elevados fueron autodescalificación, borderline, depresión mayor, autoderrotista, ansiedad y distimia.

Los análisis de validez permitieron reconocer que solamente algunas escalas presentaron validez a través del método de diferenciación de grupo, debido a que la muestra de pacientes psiquiátricos fue heterogénea a diferencia del estudio original, (Millon 1999), en el cual se consideró esta variable asignándole mayor validez a su estudio.

Para la elaboración de baremos, Garibay (2002), utilizó el puntaje T con un punto corte de 70 a diferencia de los puntajes TB propuestos por Millon. Los baremos obtenidos han sido elaborados para la población estudiantil de psicología por lo cual recomienda un estudio posterior para obtener los baremos con mayor capacidad de generalización tanto en población clínica como no clínica.

3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS

Se solicitó la autorización al Comité Institucional de Ética en la Investigación del hospital Nacional Cayetano Heredia para llevar a cabo la investigación, (Anexo D), una vez aprobado el proyecto de investigación por dicha instancia se procedió a coordinar con el personal encargado de los pacientes que ingresen al servicio de emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia presentando antecedentes de intento suicida y que cumplan con los criterios de inclusión requeridos.

Así mismo se coordinó con el personal encargado de la atención por consulta externa del Consultorio de Psicología de Adolescentes y Adultos con el fin de detectar a los pacientes que refieran haber realizado algún intento suicida en los últimos 6 meses.

Una vez ubicado algún paciente con las características requeridas se procedió a brindarles información acerca del estudio, para lo cual se les brindó la ficha de consentimiento informado, previamente revisado y aprobado por el Comité de Ética en la Investigación del HNCH, (Anexo E) que debía ser firmado por cada uno de los pacientes, paso siguiente se procedió a la aplicación de cada uno de los instrumentos requeridos en la investigación.

3.7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS

Para el procesamiento de datos y los cálculos se utilizó el programa estadístico SPSS para entorno WINDOWS versión 13.0 y los siguientes análisis.

Correlación Ítem-Test Corregido

Para el estudio preliminar referido a la validación de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20), se realizó el análisis de ítems a través de la correlación Ítem-test corregida, cuya fórmula es la que le sigue:

$$rc = \frac{(r)(\sigma t) - (\sigma i)}{\sqrt{(\sigma t)^2 + (\sigma i)^2 - 2(\sigma t)(\sigma i)(r)}}$$

En donde r es la correlación ítem - test, σt la desviación estándar de los puntajes del test, y σi la desviación estándar del ítem.

Coeficiente Alpha de Cronbach

La consistencia interna se evaluará a través del coeficiente alfa de Cronbach, estadístico que mide la intercorrelación entre un número diferente de preguntas o ítems que supuestamente reflejan el mismo concepto. Puede tomar los valores de -1 a +1 y cuya fórmula es:

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_x^2} \right)$$

Siendo k el número de ítems, $\sum s_j^2$ es la suma de las varianzas de los ítems y S_x^2 es la varianza del test (Abad, Garrido, Olea y Ponsoda, 2006).

Análisis Factorial Exploratorio

Para verificar la validez de la Escala de Alexitimia de Toronto se utilizó el Análisis Factorial Exploratorio. El análisis factorial permite estudiar las dimensiones que subyacen a las relaciones entre varias variables. En un análisis factorial exploratorio, el investigador no tiene una idea exacta de cuantos factores subyacen a las relaciones entre variables ni tampoco de qué variables tienen un peso alto en cada factor (Abad, Garrido, Olea y Ponsoda, 2006).

Rango Percentil

Además, se elaboraron los baremos por rango percentil para la TAS 20, los baremos consisten en asignar a cada posible puntuación directa un valor numérico, en una determinada escala, que informa sobre la posición que ocupa la puntuación directa, la que el evaluado obtiene, en relación con los puntajes obtenidos por las demás personas que integran el grupo normativo donde se baremó la prueba.

Su fórmula es:

$$C_i = (100)F_i/N_i$$

Donde: C_i es el centil asignado a la puntuación directa (X_i), F_i , es la frecuencia acumulada correspondiente a la X_i y N , es el número total de sujetos que forman el grupo normativo (Abad, Garrido, Olea y Ponsoda, 2006).

Análisis de la Bondad de Ajuste de Kolmogorov-Smirnov

El estudio principal consiste inicialmente en el análisis de bondad de ajuste a la curva normal a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov en los instrumentos

utilizados. Este estadístico permite medir el grado de concordancia existente entre la distribución de un conjunto de datos y una distribución teórica específica.

Su objetivo es señalar si los datos provienen de una población que tiene la distribución teórica especificada. Mediante esta prueba se compara la distribución acumulada de las frecuencias teóricas (f_t) con la distribución acumulada de las frecuencias observadas (f_{obs}), se encuentra el punto de divergencia máxima y se determina qué probabilidad existe de que una diferencia de esa magnitud se deba al azar.

$$D = f_t - f_{obs}$$

Los resultados indican que la distribución de los valores utilizados deberán ser procesados con estadísticos paramétricos.

Correlación Lineal de Pearson

En la segunda etapa que consiste en el contrastación de las hipótesis, para lo cual se debe considerar la naturaleza de los datos, se utilizará el estadístico de la r de Pearson para el análisis de correlaciones, ya que este estadístico analiza la relación entre dos variables.

$$r = \frac{\sum (Z_x Z_y)}{N - 1}$$

Donde Z_x es la puntuación estándar o puntuación z para el primer valor (variable X) en cada par, y Z_y es la puntuación z para el segundo valor (variable Y).

En el análisis complementario se utilizaron los estadísticos descriptivos que son media aritmética, mediana y desviación estándar para analizar los datos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

En este capítulo se analizan los resultados orientados a despejar las interrogantes de la investigación. En primer lugar se exponen los datos obtenidos en el estudio preliminar que consistió en el Análisis Psicométrico de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). Luego se procede a presentar el estudio principal de la investigación que abarca el análisis descriptivo de los instrumentos utilizados, así como los resultados acerca de la relación entre los estilos de personalidad patológica y la alexitimia y en base de estos datos analizar las hipótesis, tanto general como específicas, que han sido propuestas.

Más adelante se señalan los análisis complementarios que reúnen una descripción de los datos obtenidos de la ficha sociodemográfica, así como los resultados obtenidos en la relación entre los factores de la Escala de Alexitimia de Toronto, TAS-20 y del Inventario Multiaxial Clínico de Millon, MCMI II. Finalmente se procederá a presentar otros datos relevantes de la investigación.

4.1.1. ANÁLISIS PSICOMÉTRICO DE LA ESCALA DE ALEXITIMIA DE TORONTO TAS-20

Con una muestra piloto de 218 sujetos evaluados se realizó el análisis de ítems de la Escala de Alexitimia de Toronto, TAS-20, utilizando el método de consistencia interna del Alfa de Cronbach, para evaluar si alguno de ellos resultaba inapropiado.

4.1.1.1. Análisis de Ítems y Confiabilidad

De acuerdo con los datos expuestos en la Tabla 6 ningún ítem debe ser eliminado debido a que los valores obtenidos tras la correlación elemento total corregida brinda valores mayores a 0.20.

Tabla 6

Análisis de Confiabilidad de la TAS 20 por Método de Consistencia Interna

Ítems	Media	Desviación típica	Correlación elemento-total corregida
Ítem 1	2.78	1.42	0.46
Ítem 2	2.65	1.64	0.43
Ítem 3	1.96	1.72	0.48
Ítem 4 Corregido	2.11	1.61	0.30
Ítem 5 Corregido	1.76	1.43	0.26
Ítem 6	2.65	1.72	0.48
Ítem 7	1.98	1.52	0.47
Ítem 8	2.61	1.67	0.30
Ítem 9	2.81	1.68	0.58
Ítem 10 Corregido	1.52	1.31	0.24
Ítem 11	2.66	1.59	0.51
Ítem 12	2.85	1.71	0.43
Ítem 13	2.43	1.72	0.60
Ítem 14	2.57	1.66	0.48
Ítem 15	2.28	1.50	0.34
Ítem 16	2.67	1.65	0.22
Ítem 17	2.67	1.71	0.44
Ítem 18 Corregido	1.87	1.42	0.25
Ítem 19 Corregido	1.59	1.49	0.23
Ítem 20	2.22	1.61	0.29
Alfa de Cronbach		0.84	

N = 218.

Por tanto, la Escala de Alexitimia de Toronto, TAS-20 se conserva con sus 20 ítems originales y presenta una confiabilidad dada por el método de consistencia interna de alfa de Cronbach igual a 0.84 lo que significa que el test tiene una alta consistencia interna y que los ítems covarían entre si y en general todos ayudan a medir lo que mide el test.

4.1.1.2. Análisis de los Factores de la TAS - 20

Los creadores de la Escala de Alexitimia de Toronto de 26 reactivos, TAS - 26, así como de la Versión Reducida de 20 elementos, TAS - 20, consideran 3 componentes integrantes de la escala: Factor 1: Dificultad para identificar los sentimientos, Factor 2: Dificultad para describir los sentimientos y Factor 3: Pensamiento orientado externamente.

Por lo tanto en la validación de la escala utilizada para esta investigación se llevó a cabo un estudio de confiabilidad por el método de consistencia interna para ver si era factible analizar cada componente de forma independiente obteniéndose los siguientes resultados.

a. Factor 1:

En la tabla 7 se indican los índices de la confiabilidad del Factor 1, referido a la dificultad para identificar sentimientos.

Se observa que la correlación ítem – test oscila de 0.46 a 0.62 lo que indica una adecuada consistencia interna en el contenido de los ítems para este componente. El índice de correlación para este componente por el Alfa de Cronbach de 0.80 indica a su vez que el componente ***Factor 1: Dificultad para identificar los sentimientos***, es confiable.

Tabla 7

Análisis de la Confiabilidad del Factor 1 de la TAS 20

Factor 1: Dificultad Para Identificar Sentimientos	Media	Desviación típica	Correlación elemento-total corregida
Ítem 1	2.78	1.42	0.49
Ítem 3	1.96	1.72	0.54
Ítem 6	2.65	1.72	0.49
Ítem 7	1.98	1.52	0.51
Ítem 9	2.81	1.68	0.62
Ítem 13	2.43	1.72	0.60
Ítem 14	2.57	1.67	0.46
Alfa de Cronbach			0.80

N = 218.

b. Factor 2:

En la tabla 8 se indican los índices de la confiabilidad del Factor 2, referido a la dificultad para describir los sentimientos.

Se observa que la correlación ítem – test oscila de 0.37 a 0.50 lo que indica una adecuada consistencia interna en el contenido de los ítems para este componente. El índice de correlación para este componente por el Alfa de Cronbach es de 0.75 que señala que el componente Factor 2: Dificultad para describir los sentimientos, es confiable.

Tabla 8

Análisis de la Confiabilidad del Factor 2 de la TAS 20

Factor 2: Dificultad Para Describir Sentimientos	Media	Desviación típica	Correlación elemento-total corregida
Ítem 2	2.65	1.64	0.42
Ítem 4 Corregido	2.11	1.61	0.37
Ítem 11	2.66	1.59	0.47
Ítem 12	2.85	1.72	0.50
Ítem 17	2.67	1.71	0.42
Alfa de Cronbach			0.75

N = 218.

c. Factor 3:

En la tabla 9 se indican los índices de la confiabilidad del Factor 3, referido al pensamiento orientado hacia lo externo.

Se observa que la correlación ítem – test oscila entre 0.30 y 0.50. El índice de correlación para este componente por el Alfa de Cronbach es de 0.73 que indica que el componente Factor 3: Pensamiento orientado hacia lo externo, es confiable.

Tabla 9
Análisis de la Confiabilidad del Factor 3 de la TAS 20

Factor 3: Pensamiento Orientado Externamente	Media	Desviación típica	Correlación elemento-total corregida
Ítem 5 Corregido	1.76	1.43	0.30
Ítem 8	2.61	1.67	0.36
Ítem 10 Corregido	1.52	1.31	0.32
Ítem 15	2.28	1.50	0.50
Ítem 16	2.67	1.65	0.42
Ítem 18 Corregido	1.87	1.43	0.40
Ítem 19 Corregido	1.59	1.45	0.50
Ítem 20	2.22	1.61	0.42
Alfa de Cronbach			0.73

N = 218.

4.1.1.3. Validez

Para analizar la validez de constructo se utilizó el análisis factorial exploratorio, tomando como base los factores propuestos por los autores. El análisis brindó los resultados detallados en la tabla 10.

Tabla 10
Análisis de la Validez de Constructo del TAS 20 a través del Análisis Factorial
Exploratorio

Variable	M	D. E.	Factor 1
Factor 1 (Dificultad Para Identificar Sentimientos)	17.00	7.76	0.86
Factor 2 (Dificultad Para Describir Sentimientos)	12.90	5.47	0.83
Factor 3 (Pensamiento Orientado Externamente)	16.49	4.94	0.75
Varianza Explicada			66.37 %
Determinante De La Matriz = 0.0586			
Medida De Adecuación Muestral De Kaiser-Meyer-Olkin. = 0.85			
Prueba De Esfericidad De Bartlett $X^2 = 114.93$ Gl = 3 Sig. = ,0001			

N = 218

De acuerdo con los hallazgos, se observa que la Escala de Alexitimia de Toronto, TAS 20, presenta una estructura factorial conformada por un solo factor el cual explica el 66.37% de la varianza total. El resultado obtenido es respaldado por la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (0.85), el cual indica la conveniencia de proceder a la realización del análisis factorial. Así mismo, al ser la prueba de esfericidad de Bartlett significativa, se corrobora que es adecuado realizar el análisis factorial, por lo cual se concluye que la Escala de Alexitimia de Toronto, TAS-20, presenta validez de constructo.

4.1.1.4. Baremos

De acuerdo con los datos obtenidos se observa que un baremo apropiado debe basarse en percentiles, tal como se presenta en la tabla 11.

Tabla 11

Baremos por Rango Percentil del TAS 20

Rango Percentil	Factor 1 Dificultad Para Identificar Sentimientos	Factor 2 Dificultad Para Describir Sentimientos	Factor 3 Pensamiento Orientado Externamente	TAS 20 Total
2	1	1	3	10
4	3	3	7	20
8	5	5	9	25
12	7	6		27
16	9	7	11	31
20	11	8	12	34
25		9		38
28	12		13	40
32	13	10	14	41
36		11	15	42
40	15			44
44	16		16	45
48		12		46
50	17			47
52		13	17	48
56	18			49
60	19	14	18	50
64	20			53
68		15		54
72	21		19	55
75	22	17		
76			20	57
80	23	18		58
84	25		21	61
88	27	19	22	63
92	29	21	23	65
96	30	22	24	68
99	34	25	29	76
M	17.00	12.90	16.49	46.39
D. E.	7.76	5.46	4.94	14.20

N = 218

4.1.1.5. Criterios Diagnósticos a Partir de los Percentiles

La interpretación de la Escala de Alexitimia de Toronto, TAS 20, está basada en los percentiles de los puntajes directos tal como se muestran en la tabla 12.

Tabla 12
Diagnóstico a Partir de Percentiles del TAS 20

Niveles de Alexitimia	Pc	Factor 1 Dificultad Para Identificar Sentimientos	Factor 2 Dificultad Para Describir Sentimientos	Factor 3 Pensamiento Orientado Externamente	TAS 20 Total
Alto	90 – 99	28 - más	21 - más	23 - más	65 - más
Promedio Alto	75 – 89	22 - 27	17 - 20	20 - 22	57 - 64
Promedio	50 – 74	17 - 21	13 - 16	17 - 19	47 - 56
Promedio Bajo	25 – 49	12 - 16	9 - 12	13 - 16	38 - 46
Bajo	24 - menos	0 - 11	0 - 8	0 - 12	0 - 37

4.1.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Se aplicó el análisis de Kolmogorov-Smirnov, a ambas pruebas, para determinar el grado de bondad de ajuste de los resultados a la distribución normal.

De acuerdo con los resultados obtenidos y presentados en la tabla 13 se observa que la Escala de Alexitimia de Toronto, TAS–20, si presenta una distribución normal.

Tabla 13
Análisis De Bondad De Ajuste A La Curva Normal Del TAS 20

	Parámetros Normales(a,b)		Diferencias más extremas			Z de Kolmogorov-Smirnov	Sig. asintót. (bilateral)
	Media	Desviación típica	Absoluta	Positiva	Negativa		
Factor 1	22.12	6.52	0.09	0.06	-0.087	0.61	0.86
Factor 2	15.98	5.60	0.13	0.11	-0.131	0.91	0.37
Factor 3	17.96	4.55	0.11	0.06	-0.110	0.77	0.59
TAS 20 Total	56.06	11.93	0.07	0.07	-0.054	0.46	0.98

N = 49.

El análisis de bondad de ajuste a la curva normal expuesta en la tabla 14 señala que el Inventario Clínico Multiaxial de Millon, MCMI II, también se adecúa a una distribución normal.

Tabla 14
Análisis De Bondad De Ajuste A La Curva Normal Del MCMI II

	Parámetros Normales(a,b)		Diferencias más extremas			Z de Kolmogorov-Smirnov	Sig. asintót. (bilateral)
	Media	Desviación típica	Absoluta	Positiva	Negativa		
Esquizoide	77.63	19.94	0.10	0.10	-0.09	0.73	0.66
Evitativo	93.86	20.93	0.14	0.10	-0.14	1.00	0.27
Dependiente	71.88	22.96	0.17	0.08	-0.17	1.16	0.14
Histriónico	68.78	27.45	0.10	0.07	-0.10	0.71	0.70
Narcisista	74.61	25.69	0.12	0.12	-0.08	0.85	0.46
Antisocial	81.00	23.20	0.13	0.13	-0.10	0.91	0.38
Agresivo-Sádico	83.10	22.60	0.12	0.09	-0.12	0.86	0.46
Compulsivo	63.96	22.00	0.13	0.08	-0.13	0.88	0.43
Pasivo-Agresivo	93.57	23.76	0.12	0.12	-0.12	0.87	0.44
Autoderrotista	91.76	22.20	0.15	0.13	-0.15	1.03	0.24
Esquizotípico	82.00	26.86	0.18	0.18	-0.18	1.28	0.08
Borderline	91.45	24.01	0.20	0.14	-0.20	1.17	0.06
Paranoide	79.04	18.94	0.24	0.24	-0.14	1.17	0.06

N = 49.

A partir de tales resultados es que se opta por utilizar estadísticos paramétricos para el contraste de hipótesis. (Hernández y col., 2003)

4.1.3. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

A continuación pasaremos a comprobar las hipótesis específicas, para lo cual se revisará la tabla 15 que presenta la matriz de correlaciones entre la Escala de Alexitimia de Toronto, TAS-20 y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon, MCMI II.

Tabla 15

Matriz De Correlaciones De Pearson Entre El TAS 20 Y El MCMI II

MCMI II	Puntaje Total TAS 20 <i>r</i>
Esquizoide	0.32 *
Evitativo	0.34 *
Dependiente	0.22
Histriónico	-0.34 *
Narcisista	-0.27
Antisocial	-0.28
Agresivo-Sádico	-0.15
Compulsivo	0.07
Pasivo-Agresivo	0.06
Autoderrotista	0.38 **
Esquizotípico	0.33 *
Borderline	0.27
Paranoide	-0.03

* $p < .05$ ** $p < .01$

N = 49

Con relación a la Hipótesis Específica 1, los resultados detallan que existe una correlación positiva estadísticamente significativa y moderada entre el estilo de personalidad patológica esquizoide y la alexitimia ($r = 0.32$, $p < 0.05$). Este resultado permite aceptar la H_1 , que dice: “Existe correlación entre el estilo de personalidad patológica esquizoide y la alexitimia”.

Con relación a la Hipótesis Específica 2, los resultados confirman que existe una correlación positiva, estadísticamente significativa y moderada ($r = 0.34$, $p < 0.05$), entre el estilo de personalidad patológica evitativo y la alexitimia. Este resultado permite aceptar la H_2 , que indica: “Existe correlación entre el estilo de personalidad patológica evitativo y la alexitimia”.

Con relación a la Hipótesis Específica 3, los resultados demuestran que existe una correlación negativa estadísticamente significativa y moderada entre el estilo de personalidad histriónico y la alexitimia ($r = -0.34$, $p < 0.05$). Este resultado permite aceptar la H_3 , que señala: “Existe correlación entre el estilo de personalidad patológica histriónico y la alexitimia”.

Con relación a la Hipótesis Específica 4, los resultados confirman que no existe una correlación estadísticamente significativa ($r = -0.28$, $p > 0.05$), entre el estilo de personalidad patológica antisocial y la alexitimia. Este resultado permite rechazar la H_4 , que indica: “Existe correlación entre el estilo de personalidad patológica antisocial y la alexitimia”.

Con relación a la Hipótesis Específica 5, los resultados confirman que existe una correlación positiva estadísticamente significativa y moderada ($r = 0.38$, $p < 0.01$), entre el estilo de personalidad patológica autoderrotista y la alexitimia. Este resultado permite aceptar la H_5 , que indica: “Existe correlación entre el estilo de personalidad patológica autoderrotista y la alexitimia”.

Con relación a la Hipótesis Específica 6, los resultados confirman que existe una correlación positiva estadísticamente significativa y moderada, entre el estilo de personalidad patológica esquizotípico y la alexitimia ($r = 0.33$, $p < 0.05$). Este resultado permite aceptar la H_6 , que dice: “Existe correlación entre el estilo de personalidad patológica esquizotípico y la alexitimia”.

Con relación a la Hipótesis Específica 7, los resultados detallan que no existe una correlación estadísticamente significativa ($r = 0.27$, $p > 0.05$), entre el estilo de personalidad patológica borderline y la alexitimia. Este resultado permite rechazar la H_7 , que señala: “Existe correlación entre el estilo de personalidad patológica borderline y la alexitimia”.

Con relación a la Hipótesis Específica 8, los resultados indican que no existe una correlación estadísticamente significativa entre el estilo de personalidad patológica paranoide y la alexitimia ($r = -0.03$, $p > 0.05$). Este resultado permite rechazar la H_8 , que expone: “Existe correlación entre el estilo de personalidad patológica paranoide y la alexitimia”.

Estos resultados estarían demostrando que existe relación entre algunos estilos de personalidad patológica y la alexitimia en una muestra de pacientes suicidas. Lo que permite concluir con la aceptación de la Hipótesis General que afirma: ***“Existe correlación entre los estilos de personalidad patológica y la alexitimia en pacientes con antecedentes de intento suicida”***, específicamente en los estilos de personalidad patológicos tales como esquizoide, evitativo, histriónico, autoderrotista y esquizotípico.

4.1.4. ANÁLISIS COMPLEMENTARIOS

Se ha visto conveniente reportar algunos resultados complementarios aunque no tienen carácter probatorio.

4.1.4.1. Estudio de Datos Sociodemográficos

Las variables analizadas en este apartado han sido extraídas de la ficha de datos sociodemográficos en la que se consignaban datos referidos al acto suicida.

En la tabla 16, se puede observar que la mayor causa que motiva a realizar un intento de suicidio es aquella referida a problemas familiares con un 49% de la muestra,

especialmente en el sexo femenino, seguida por aquellos conflictos de índole sentimental con un 40.8%. El acto suicida producido por padecer alguna enfermedad médica es menor con un 10.2%.

Tabla 16

Distribución de la Muestra por Motivo Para Cometer Intento de Suicidio y Sexo

	Varón	Mujer	N	%
Sentimental	10	10	20	40.8
Familiar	6	18	24	49.0
Enfermedad	2	3	5	10.2
Total	18	31	49	100.0

De acuerdo con el método utilizado, expuestos en la tabla 17, para realizar el acto suicida se observa principalmente la ingesta medicamentosa también conocida como sobredosis de fármacos con un 40.8%, en segundo lugar se ubica la ingesta de órganos fosforados tales como raticidas (34.7%), ambos métodos preferidos por las mujeres. La ingesta de sustancias cáusticas no es muy frecuente en la muestra evaluada (4.1%). Cabe resaltar que el método suicida de ahorcamiento se presenta únicamente entre los varones.

Tabla 17

Distribución de la Muestra por Método Para Cometer Intento de Suicidio y Sexo

	Varón	Mujer	N	%
Ingesta medicamentosa	5	15	20	40.8
Ingesta órganos fosforados	6	11	17	34.7
Ahorcamiento	4	0	4	8.2
Objeto cortante	3	3	6	12.2
Sustancia cáustica	0	2	2	4.1
Total	18	31	49	100.0

Entre los datos obtenidos y detallados en la tabla 18, se observa que un 79.6% de los evaluados tienen una preparación mínima a moderada del intento suicida, mientras que un 18.4% señala no haber realizado alguna preparación sobre el intento suicida. Un porcentaje inferior (2%) detalla haber tenido una preparación importante del acto suicida.

Tabla 18

Distribución de la Muestra de Acuerdo a la Preparación Para Cometer Intento de Suicidio y Sexo

	Varón	Mujer	N	%
Ninguna	3	6	9	18.4
Mínima o moderada	15	24	39	79.6
Importante	0	1	1	2.0
Total	18	31	49	100.0

Referente a la presencia o no de notas suicidas la tabla 19 indica que un 59.2% de los sujetos evaluados no se preocuparon en preparar alguna nota suicida, mientras que un 28.6% señalaron que pensaron escribirla, no la terminaron o rompieron la nota que habían elaborado. Por otro lado un 12.2% informaron haber redactado una nota suicida la que colocaron en lugares accesibles a sus familiares.

Tabla 19

Distribución de la Muestra de Acuerdo a la Presencia de Nota Suicida y Sexo

	Varón	Mujer	N	%
Ninguna	9	20	29	59.2
Rota, no terminada, pensó escribir	6	8	14	28.6
Presencia de nota	3	3	6	12.2
Total	18	31	49	100.0

Respecto al propósito que motivó la conducta suicida, en la tabla 20, se observa que un 49% de los evaluados manifestaron que el fin de este acto fue escapar de la vida, mientras que un 18.4% señalaron que el propósito fue manipular a otros, efectuar cambios en su entorno, conseguir atención o venganza. Un 32.7% manifestaban haber realizado el acto suicida por una combinación de los componentes señalados anteriormente, es decir, conseguir cambios en su medio y escapar de la vida.

Tabla 20

Distribución de la Muestra por el Propósito Para Cometer Intento de Suicidio y Sexo

	Varón	Mujer	N	%
Manipular, cambios, atención, venganza	3	6	9	18.4
Ambos componentes	8	8	16	32.7
Escapar de la vida	7	17	24	49.0
Total	18	31	49	100.0

De acuerdo con los resultados presentados en la tabla 21, se obtiene que si bien un 44.9% de los sujetos evaluados refieren haber tenido la decisión de morir, lo que se confirma con el propósito del acto suicida referido anteriormente. Un 6.1% señala no haber tenido la intención de morir, por otro lado, se observa que un 49% de los evaluados manifestaron haber tenido actitudes ambivalentes entre el vivir y el morir hallándose en conflicto cuando realizaron el acto suicida.

Tabla 21

Distribución de la Muestra por la Actitud Frente el Vivir o Cometer Intento de Suicidio y Sexo

	Varón	Mujer	N	%
No quería morir	2	1	3	6.1
Ambos componentes	10	14	24	49.0
Quería morir	6	16	22	44.9
Total	18	31	49	100.0

El acto suicida ha sido detallado por el 18.4% de los sujetos evaluados como un acto impulsivo en el cual no existió premeditación. Un 34.7% manifestó haber planeado el intento por más de 3 horas antes del acto logrando realizar planes con mayor premeditación y detalle. Para un 46.9% de los evaluados el acto suicida fue planificado en aproximadamente las tres últimas horas antes del intento, señalado en la tabla 22.

Tabla 22

Distribución de la Muestra de Acuerdo al Grado de Premeditación Para Cometer Intento de Suicidio y Sexo

	Varón	Mujer	N	%
Ninguno, impulsivo	3	6	9	18.4
3 horas antes del intento	11	12	23	46.9
Más de 3 horas antes del intento	4	13	17	34.7
Total	18	31	49	100.0

En la tabla 23 se observa la distribución de la muestra de acuerdo a su reacción tras el intento suicida. Así se puede observar que un 44.9% de los sujetos evaluados presentan sentimientos de arrepentimiento, ridículo o vergüenza acerca de la conducta realizada, siendo más frecuente en el sexo femenino. Un 16.3% rechazan el fracaso del intento suicida refiriendo estar dispuestos a realizarlo nuevamente, mientras que un 38.8% presentan reacciones ambivalentes acerca de la conducta suicida.

Tabla 23

Distribución de la Muestra de Acuerdo a la Reacción Frente al Intento de Suicidio y Sexo

	Varón	Mujer	N	%
Arrepentido, ridículo, vergüenza	5	17	22	44.9
Acepta el intento y el fracaso	12	7	19	38.8
Rechaza fracaso	1	7	8	16.3
Total	18	31	49	100.0

Los datos registrados en la tabla 24 evidencian un 63.3% de sujetos señalan este acto suicida como el primero en toda su vida, un 28.6% detalla ser el segundo o quizá tercer intento suicida mientras que un 8.2% refiere haber realizado de 3 a más intentos suicidas durante el transcurso de su vida, este dato es registrado en el sexo femenino.

Tabla 24

Distribución de la Muestra en Función al Número de Intentos Suicidas Previos y Sexo

	Varón	Mujer	N	%
Ninguno	11	20	31	63.3
1 ó 2 intentos	7	7	14	28.6
3 o más intentos	0	4	4	8.2
Total	18	31	49	100.0

Analizando la distribución de la muestra en función al tiempo que mantuvieron la ideación suicida, tal como lo detalla la tabla 25, se logra observar que un 51% de los sujetos evaluados señalan haber mantenido la ideación suicida por un periodo de tiempo registrado en meses, un 34.7% manifiesta haber mantenido la ideación en un periodo de horas antes de la conducta suicida, dato especialmente hallado entre las mujeres, mientras que un 14.3% señala haber mantenido la ideación en el transcurso de días anteriores de realizar el acto suicida.

Tabla 25

Distribución de la Muestra en Función al Tiempo de la Ideación Suicida y Sexo

	Varón	Mujer	N	%
Horas	3	14	17	34.7
Días	5	2	7	14.3
Meses	10	15	25	51.0
Total	18	31	49	100.0

4.1.4.2. Relación Entre Factores de la Escala De Alexitimia de Toronto, TAS-20 y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon, MCMI II

A continuación, se procederá a explorar los resultados obtenidos en cuanto a un análisis de los factores que componen la Escala de Alexitimia de Toronto TAS-20, y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon, MCMI II, a pesar de que la bibliografía no detalla relaciones entre estas variables.

Tabla 26

Matriz de Correlaciones entre el MCMI II y Factores del TAS 20

MCMI II	Factores del TAS-20		
	Factor 1: Dificultad Para Identificar Sentimientos	Factor 2: Dificultad Para Describir Sentimientos	Factor 3: Pensamiento Orientado A Lo Externo
Esquizoide	0.31 *	0.13	0.25
Evitativo	0.39 **	0.18	0.11
Dependiente	0.10	0.10	0.29 *
Histriónico	-0.28	-0.34 *	-0.08
Narcisista	-0.27	-0.23	-0.04
Antisocial	-0.15	-0.29 *	-0.16
Agresivo-Sádico	-0.02	-0.23	-0.07
Compulsivo	-0.02	0.16	0.03
Pasivo-Agresivo	0.27	-0.11	-0.10
Autoderrotista	0.52 **	0.10	0.14
Esquizotípico	0.44 **	0.10	0.12
Borderline	0.45 **	-0.01	0.09
Paranoide	0.09	-0.21	0.05

* $p < .05$ ** $p < .01$

N = 49

Tras el análisis de correlaciones entre las puntuaciones del Inventario Clínico Multiaxial de Millon, MCMI II y los factores de la Escala de Alexitimia de Toronto, TAS 20, expuestos en la tabla 26, se puede detallar:

El estilo de personalidad patológica esquizoide presenta una correlación positiva estadísticamente significativa y moderada con el factor 1 de la Escala de Alexitimia de Toronto, TAS-20, factor que evalúa la dificultad para identificar los sentimientos ($r = 0.31$, $p < 0.05$).

El estilo de personalidad patológica evitativo presenta una correlación positiva estadísticamente significativa y moderada con el factor 1 de la Escala de Alexitimia de Toronto, TAS-20, que evalúa la dificultad para poder identificar sentimientos ($r = 0.39$, $p < 0.01$).

El estilo de personalidad patológica dependiente presenta una correlación estadísticamente significativa positiva y moderada con el factor 3 de la Escala de Alexitimia de Toronto, TAS-20, factor que señala un estilo de pensamiento orientado hacia lo externo ($r = 0.29$, $p < 0.01$).

El estilo de personalidad patológica histriónico presenta una correlación negativa estadísticamente significativa y moderada con el factor 2 de la Escala de Alexitimia de Toronto, TAS-20, referido a la dificultad para describir los sentimientos hacia las demás personas ($r = -0.34$, $p < 0.05$).

El estilo de personalidad patológica antisocial presenta una correlación negativa estadísticamente significativa y moderada con el factor 2 de la Escala de Alexitimia de Toronto, TAS-20, factor que examina la dificultad para describir los sentimientos hacia los demás ($r = -0.29$, $p < 0.05$).

El estilo de personalidad patológica autoderrotista presenta una correlación estadísticamente significativa positiva y alta con el factor 1 de la Escala de Alexitimia de Toronto, TAS-20, que evalúa la dificultad para identificar sentimientos que evalúa la dificultad para identificar sentimientos ($r = 0.52, p < 0.01$).

El estilo de personalidad patológica esquizotípico presenta una correlación positiva estadísticamente significativa y moderadamente alta con el factor 1 de la Escala de Alexitimia de Toronto, TAS-20, que evalúa la dificultad para identificar sentimientos que evalúa la dificultad para identificar sentimientos ($r = 0.44, p < 0.01$).

El estilo de personalidad patológica borderline presenta una correlación estadísticamente significativa positiva y moderadamente alta con el factor 1 de la Escala de Alexitimia de Toronto, TAS-20, que evalúa la dificultad para identificar sentimientos que evalúa la dificultad para identificar sentimientos ($r = 0.45, p < 0.01$).

4.1.4.3. Relación Entre Factores de la Escala de Alexitimia de Toronto, TAS-20 y los Síndromes Clínicos Evaluados por el Inventario Clínico Multiaxial de Millon, MCMI II

El MCMI II, debido a su naturaleza multiaxial, considera la evaluación de síndromes clínicos comprendidos en el Eje I y que se explican como una extensión o distorsión de los patrones básicos de la personalidad (Millon, 1999).

La tabla 27 reúne las correlaciones halladas entre los síndromes clínicos recogidos por el MCMI II y la alexitimia, las que se hallan divididas a su vez en síndromes clínicos de gravedad moderada: Trastorno de Ansiedad, Somatomorfe, Bipolar maniaca o hipomanía, Distimia, Dependencia del Alcohol y Drogas; y los síndromes clínicos de gravedad severa: Trastorno del Pensamiento, Depresión Mayor y Trastorno Delirante.

Tabla 27

Matriz de Correlaciones Entre los Síndromes Clínicos Evaluados por el MCMI II y la Alexitimia

MCMI II	Factor 1: Dificultad Para Identificar Sentimientos	Factor 2: Dificultad Para Describir Sentimientos	Factor 3: Pensamiento Orientado A Lo Externo	TAS-20
Ansiedad	0.65**	0.15	0.15	0.48**
Somatomorfo	0.27	-0.03	0.20	0.21
Bipolar	-0.03	-0.27	-0.04	-0.16
Distimia	0.63**	0.16	0.10	0.45**
Dependencia Alcohol	0.12	-0.14	-0.05	-0.02
Dependencia Drogas	0.01	0.13	0.02	0.08
Desorden Del Pensamiento	0.44**	0.08	0.12	0.32*
Depresión Mayor	0.59**	0.15	0.08	0.42**
Desorden Delusional	0.16	-0.14	-0.07	-0.01

* $p < .05$ ** $p < .01$

N = 49

Posterior al análisis de correlaciones entre los puntajes obtenidos en los síndromes clínicos por el MCMI II, y la alexitimia recogidos por el TAS 20, se observan correlaciones estadísticamente significativas entre diversos síndromes clínicos, tal como se detalla a continuación:

La escala de trastorno de ansiedad presenta una correlación positiva estadísticamente significativa y alta con el Factor 1 de la alexitimia, que evalúa la dificultad para identificar las emociones ($r = 0.65$, $p < 0.01$), además de correlacionar de manera positiva y moderadamente alta con la puntuación total de la alexitimia ($r = 0.48$, $p < 0.01$).

Se observa la presencia de una correlación positiva estadísticamente significativa y alta, entre el trastorno distímico y el factor 1 de la alexitimia ($r = 0.63$, $p < 0.01$), así como correlacionar de manera positiva moderadamente alta con el puntaje total de la alexitimia ($r = 0.45$, $p < 0.01$).

En cuanto a los síndromes clínicos de gravedad severa evaluados por el MCMI II, se puede apreciar la presencia de una correlación positiva estadísticamente significativa y moderadamente alta entre el trastorno de pensamiento y el factor 1 de la alexitimia ($r = 0.44$, $p < 0.01$), así como correlacionar de manera moderada y positiva con el puntaje general de la alexitimia ($r = 0.32$, $p < 0.05$).

Así mismo se puede apreciar una correlación positiva estadísticamente significativa y alta entre la escala de depresión mayor y el factor 1 de la alexitimia ($r = 0.59$, $p < 0.01$), de igual manera con la puntuación total de la alexitimia ($r = 0.59$, $p < 0.01$).

Las demás escalas que evalúan los síndromes clínicos tales como trastorno somatomorfe, bipolar maniaca, dependencia de alcohol y drogas, además del trastorno delirante no presentan correlaciones estadísticamente significativas con los factores de la alexitimia así como tampoco con la puntuación total de la alexitimia obtenida en la evaluación.

4.1.4.4. Estudio de los Estilos de Personalidad Patológica

Choca y Van Denburg (1998), recomiendan hacer el análisis de los resultados del Inventario Clínico Multiaxial de Millon, MCMI II, en función a los 3 estilos de personalidad que presenten una puntuación más elevada a comparación de las demás, a manera de una combinación de escalas ya que los estilos de personalidad suelen complementarse entre sí, en esta interpretación se consideran las escalas Esquizoide, Evitativa, Dependiente, Histriónica, Narcisista, Antisocial, Compulsiva y Negativista.

Las escalas Agresivo-sádico y Autoderrotista están incluidas en los estilos Antisocial y Negativista respectivamente, por tanto, el análisis incluye las 8 escalas de personalidad básicas detalladas en un inicio por Millon.

Así se observa en la tabla 28 la distribución de acuerdo a lo señalado.

Tabla 28

Distribución de la Muestra de Acuerdo a los Estilos de Personalidad y Sexo

Estilos de personalidad	Varón	Mujer	N	%
2-1	2		2	4.1
1-2-8	2	1	3	6.2
2-3-1	1		1	2
2-3-8		9	9	18.5
2-8	1	4	5	10.2
3-2		1	1	2
3-4		2	2	4.1
3-4-8		1	1	2
3-5-7		1	1	2
3-7	1		1	2
4-5-6	1	2	3	6.2
5-4-8		2	2	4.1
5-8-7		1	1	2
6-1-2	1		1	2
6-5-8	1		1	2
8-2-6	7	5	12	24.5
8-6-4		2	2	4.1
8-5-6	1		1	2
TOTAL	18	31	49	100.0

Nota: 1: Esquizoide, 2: Evitativa, 3: Dependiente, 4: Histriónica, 5: Narcisista, 6: Antisocial, 7: Compulsiva, 8: Negativista.

De acuerdo con esos resultados es que se puede observar que los estilos de personalidad que presentan una mayor frecuencia en cuanto al acto suicida son aquellos que combinan rasgos evitativos, negativistas, antisociales y dependientes.

Al analizar los estilos de personalidad más graves: Esquizotípico, Límite y Paranoide, se observa en la tabla 29, una distribución de acuerdo a la frecuencia de aparición en los sujetos que presentaban antecedentes de intento suicida.

Tabla 29

Distribución de la Muestra de Acuerdo a los Estilos de Personalidad Graves y Sexo

Estilos de Personalidad Grave	Varón	Mujer	N	%
S	4	2	6	13.1
S-C	3	9	12	26.1
C	5	9	14	30.4
C-P	0	3	3	6.5
P	4	6	10	21.7
S-C-P	0	1	1	2.2
TOTAL	16	30	46	100

Nota: S: Esquizotípico, C: Límite, P: Paranoide.

Por tanto, se observa de acuerdo que los estilos de personalidad más graves que presentaron algún intento suicida son aquellos que combinan rasgos principalmente límites, así como una combinación de rasgos esquizotípicos y límites.

No todos los sujetos evaluados obtenían una puntuación elevada en cuanto a la presencia de algún estilo de personalidad de mayor gravedad, sólo 46 sujetos evaluados obtuvieron puntuaciones que hacían presumir la presencia de estos, por otro lado 3 personas evaluadas no presentan puntuaciones que señalarían la presencia de algún trastorno grave de la personalidad.

4.1.4.5. Estudio de los Indicadores de la Alexitimia

En la tabla 30 se puede apreciar la distribución de los sujetos de acuerdo al diagnóstico obtenido en la Escala de Alexitimia de Toronto, TAS-20.

Tabla 30

Distribución de la Muestra de Acuerdo al Diagnóstico en TAS 20 y el Sexo

Niveles de Alexitimia	Factor 1 Dificultad Para Identificar Sentimientos			Factor 2 Dificultad Para Describir Sentimientos			Factor 3 Pensamiento Orientado Externamente			TAS - 20			
	V	M	T	V	M	T	V	M	T	V	M	T	%
Bajo	1	3	4	1	4	5	1	4	5	0	2	2	4.1
Promedio Bajo	1	3	4	4	8	12	2	8	10	4	4	8	16.3
Promedio	8	7	15	1	5	6	8	8	16	5	11	16	32.6
Promedio Alto	4	10	14	7	5	12	4	7	11	3	7	10	20.5
Alto	4	8	12	5	9	14	3	4	7	6	7	13	26.5

De acuerdo con los datos expuestos se observa que una mayor proporción de la muestra de los diferentes sexos presentan diagnósticos que van del rango promedio (32.6 %), promedio alto (20.5 %), hasta el diagnóstico alto (26.5 %), en cuanto a la evaluación de la alexitimia.

4.1.4.6. Estudio de la Personalidad Patológica en Función del Motivo del Intento Suicida

De acuerdo con el motivo del intento suicida se puede apreciar que los sujetos que presentaron como motivo del acto suicida los problemas familiares presentan una combinación de rasgos en los que resaltan características negativistas-autoderrotistas y dependientes. El segundo grupo de evaluados es aquel que presentó como motivo del

intento suicida los problemas o conflictos de pareja, entre los que se observan características negativistas-autoderrotistas, evitativos y antisociales.

Finalmente se observa que entre los rasgos de personalidad que acompañan a los sujetos cuyo motivo para realizar la conducta suicida fue la presencia de alguna enfermedad, se hallan una combinación de rasgos negativistas-autoderrotistas y antisociales.

4.1.4.7. Estudio de los Indicadores de la Alexitimia en Función del Motivo del Intento Suicida

En la tabla 31 se observa que los evaluados presentan indicadores similares en cuanto al diagnóstico de la alexitimia concentrándose mayormente entre los diagnósticos promedio, promedio alto y alto sea cual fuere el motivo que impulsó al intento suicida, por otro lado, se aprecia puntajes promedio bajo en pacientes que refirieron como motivo del acto suicida el padece de alguna enfermedad.

Tabla 31

Distribución de la Muestra de Acuerdo al Motivo del Intento Suicida y el Diagnóstico del TAS-20

Diagnóstico TAS - 20	Motivo del Intento Suicida											
	Familiar				Sentimental				Enfermedad			
	F1	F2	F3	T	F1	F2	F3	T	F1	F2	F3	T
Alto	8	6	3	7	3	8	5	6	1	1	0	0
Promedio Alto	5	6	6	4	8	4	5	4	1	1	0	2
Promedio	6	4	6	6	6	1	7	8	3	1	3	2
Promedio Bajo	2	4	6	5	2	6	2	2	0	2	2	1
Bajo	3	4	3	2	1	1	1	0	0	0	0	0
Total	24				20				5			

Nota: F1: Factor 1, Dificultad para identificar emociones, F2: Factor 2, Dificultad para expresar las emociones, F3: Factor 3, Pensamiento externamente orientado, T: Puntaje total TAS 20

4.1.4.8. Estudio de la Distribución de la Muestra de Acuerdo a la Edad, el Sexo y el Motivo del Intento Suicida

En la tabla 32 se puede observar la distribución de los pacientes en función al motivo del intento suicida y la edad que presentan, siendo la variable edad agrupada por rangos que van desde los 17 hasta los 19 años, así como de 20 a 25 años, como una forma de poder analizar cual era esta distribución considerando dos grupos, adolescentes y adultos, clasificación propuesta por la Organización Mundial de la Salud, para poder conocer cual era el motivo preponderante para realizar el acto suicida en estos grupos de edad.

Tabla 32
Distribución de la Muestra de Acuerdo a la Edad, el Sexo y el Motivo del Intento Suicida

Motivo del Intento Suicida	17 – 19 años				20 – 25 años			
	V	M	T	%	V	M	T	%
Sentimental	1	3	4	8.2	9	7	16	32.7
Familiar	4	10	14	28.6	2	8	10	20.4
Enfermedad	0	3	3	6.1	2	0	2	4.1

De acuerdo con los resultados se obtiene que el motivo por el cual personas cuyas edades fluctúan entre los 17 a 19 años suele ser mayormente por causas referidas al entorno familiar (28.6 %), seguidas de razones sentimentales (8.2 %) y en ultimo término debido a la presencia de alguna enfermedad física (6.1 %). Por otro lado se aprecia que en el rango de edades de 20 a 25 años, los porcentajes varían observándose como motivo principal para realizar el acto autolítico razones sentimentales (32.7 %), seguidos por conflictos familiares (20.4 %) y en último lugar debido a la presencia de alguna enfermedad (4.1 %).

4.2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La Escala de Alexitimia de Toronto TAS 20, con 6 opciones de respuesta tipo Lickert, empleada en el presente estudio, obtiene adecuados índices de confiabilidad, en comparación con su similar de 5 opciones de respuesta tipo Lickert, estudiada en nuestro medio por Kendall y Rodríguez (2002), lo cual nos permite indicar que existe ínter cambiabilidad de las pruebas.

La confiabilidad obtenida en esta investigación por la TAS 20, es mayor a la obtenida por Castañeda (2003), en la Escala de Alexitimia UBA de 26 elementos que presenta una confiabilidad de 0.76 en una muestra conformada únicamente por mujeres con y sin antecedentes de maltrato.

Los hallazgos obtenidos en el análisis psicométricos del TAS 20 en el presente estudio, son símiles a los datos aportados por Moral de la Rubia (2005) referente a la confiabilidad de la escala en una muestra de estudiantes universitarios de la Ciudad de México.

En cuanto a la validez de constructo la escala considera tres factores principales, tal como señalan Taylor, Ryan y Bagby en 1985, (referidos por Martínez-Sánchez y Ortiz, 2000), García-Esteve y col. (1988, citados por Fernández-Montalvo y Yarnoz en 1994), Sivak y Wiater (1997), Martínez-Sánchez (1998), Toscano (1998), Otero (1999), Paez y col. (1999), Velasco (2000), Casullo (2001), Espina y col. (2001), Crespo (2002), Moral de la Rubia y Retamales (2000 y 2002) y Moral de la Rubia (2000 y 2005), Kendall y Rodríguez (2002), los que son Factor 1: Dificultad para identificar los sentimientos, Factor 2: Dificultad para describir los sentimientos y Factor 3: Pensamiento orientado externamente.

Los resultados obtenidos en la correlación de Pearson entre la Escala de Alexitimia de Toronto, TAS 20, y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon, MCMI II, demuestran la existencia de correlaciones estadísticamente significativas entre algunos estilos de personalidad patológica y la alexitimia en una muestra de pacientes con antecedentes de intento suicida.

En primer lugar se observa una correlación positiva estadísticamente significativa y moderada entre el estilo de personalidad esquizoide y la alexitimia, en general un sujeto esquizoide presenta como característica básica un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción emocional en el plano interpersonal, detallados como una insipidez emocional intrínseca, criterios señalados por la Organización Mundial de la Salud (1992, 2000); la Asociación Americana de Psiquiatría (2000, 2002); Beck y Freeman (1995); Millon y Davis (2001, 2003) entre otros autores.

El estilo esquizoide evidencia actos expresivos letárgicos, asociados a una falta de expresividad, incluso frente a situaciones o escenas conmovedoras, sumado a un estado de ánimo embotado, con un déficit intrínseco de sensibilidad afectiva, características similares a las detalladas por el constructo de la alexitimia, los que a su vez, reafirman a los expuestos por Sivak y Wiater (1997), Martínez-Sánchez (1998), Toscano (1998), Velasco (2000) y Casullo (2001).

En cuanto al estilo de personalidad evitativa y la alexitimia, se aprecia una correlación positiva estadísticamente significativa y moderada, lo que vendría a indicar lo referido por autores como Millon y Davis (2001, 2003), quienes señalan entre las características de este estilo la presencia de actos expresivos precavidos, es decir, un sujeto evitativo tiende a omitir las expresiones emocionales debido al temor al rechazo por parte de los demás, lo que se asocia a un alto grado de conformismo social así como una pobreza en

la empatía de las relaciones sociales, características asociadas con la alexitimia tal como detalla Velasco (2000) y Casullo (2001).

Al analizar la correlación entre el estilo de personalidad patológica dependiente y la alexitimia se observa la ausencia de una correlación estadísticamente significativa y moderada entre ambas variables, lo cual se opone a lo propuesto por Millon y Davis (2001, 2003), quienes detallan que los estilos de personalidad patológica dependiente suelen evidenciar actos expresivos incompetentes y una conducta interpersonal sumisa, relegando sus deseos, emociones o motivaciones por la de los demás, asociados a un estilo cognitivo distraído con poca capacidad de introspección, este resultado podría deberse a lo particular o lo limitado de la muestra y quedaría con cargo a futuro a plantear nuevas investigaciones.

El estilo de personalidad patológica histriónico presenta una correlación negativa estadísticamente significativa y moderada con la alexitimia, lo que equivale a señalar que a medida una persona presente rasgos marcados de histrionismo obtendría menores puntuaciones en cuanto la alexitimia, hallazgos que se complementarían con lo señalado anteriormente con Millon y Davis (2001, 2003), quienes detallan que este estilo de personalidad presenta una sensibilidad aguda de los estados de ánimo y de los pensamientos de los demás. A esto se suma que suelen presentar un estado de ánimo inconstante por lo cual suelen responder de manera rápida especialmente en la expresión de las emociones.

El análisis de la correlación entre el estilo de personalidad patológica narcisista y la alexitimia demuestran indicadores estadísticamente no significativos entre ambas variables, estos índices concuerdan con lo señalado por Millon y Davis (2001, 2003), quienes detallaron entre las características básicas del estilo narcisista una hipervaloración de sí mismos, asociados a un marcado egocentrismo, presentan,

además, un estado de ánimo despreocupado, carentes de empatía, comportándose de manera explotadora. Pese a que la ausencia de empatía es una característica que suele acompañar a los sujetos alexitímicos, tal como señalan Casullo (2001) y Velasco (2000), estos resultados podrían deberse a lo particular o limitado de la muestra evaluada.

Realizando el análisis de correlaciones entre el estilo de personalidad patológica antisocial y la alexitimia se observa la ausencia de indicadores estadísticamente significativos entre ambas variables, estos sujetos se hallan en constante necesidad de probar a los otros su superioridad, (Millon y Davis, 2001, 2003), no evidenciando grados de conformismo social, tal como detallan Velasco (2000) y Casullo (2001), como características de las personas alexitímicas.

En el análisis de correlaciones entre el estilo de personalidad patológica agresivo-sádico y la alexitimia se observa que no presentan correlación estadísticamente significativa entre ambas variables, estos hallazgos confirman lo expuesto por Millon y Davis (2001,2003), quienes refieren que los sujetos con características agresivo-sádicas presentan un comportamiento irritable con marcadas deficiencias en su capacidad para compartir sentimientos positivas y experimentar afectos auténticos. Velasco (2000) y Casullo (2001), detallan como característica de la alexitimia un alto grado de conformismo social, característica que no se observa en los sujetos agresivo-sádicos.

El estilo de personalidad compulsivo no presenta una correlación estadísticamente significativa con la alexitimia. Pese a lo detallado por Millon y Davis (2001, 2003), quienes afirmaban que este estilo de personalidad patológica es considerado un patrón de conformismo, los hallazgos se contraponen a lo expuesto por Velasco (2000) y Casullo (2001) quienes señalan que una de las características presentes en los sujetos alexitímicos es su alto grado de conformismo social.

Así mismo se observa que no existe alguna correlación estadísticamente significativa entre el estilo de personalidad negativista o también denominado pasivo-agresivo y la alexitimia, de acuerdo Millon y Davis (2001, 2003), estos sujetos logran reconocer sus sentimientos y los de los demás, el conflicto es si seguir sus intereses o los ajenos.

Con relación al estilo de personalidad patológica autoderrotista y la alexitimia, se observa una relación estadísticamente significativa positiva y moderada, entre ambas variables. Millon y Davis (2001, 2003), detallan que estos sujetos presentan marcadas dificultades para reconocer sus logros, por tal razón es que suelen colocarse trabas en su camino lo cual podría relacionarse a lo detallado por Velasco (2000) y Casullo (2001), quienes señalan como una característica de la alexitimia la dificultad en la capacidad de introspección.

Analizando la relación entre el estilo de personalidad patológica esquizotípico y la alexitimia, se observa una correlación estadísticamente significativa positiva y moderada entre ambas variables, dato coincidente con Millon y Davis (2001, 2003), quienes afirmaban que estas personalidades suelen llevar una vida aislada, vacía, con marcadas dificultades para penetrar en sus sentimientos, características detalladas por Toscano (1998) como propias de los sujetos alexitímicos.

A través del análisis de correlaciones entre los diferentes estilos de personalidad patológicas y los factores que comprende la Escala de Alexitimia de Toronto TAS 20 y se obtuvieron los hallazgos.

Se observa una correlación estadísticamente significativa positiva y moderada entre el estilo de personalidad esquizoide y el factor 1 de la TAS 20, referido a la dificultad para identificar los sentimientos, estos datos corroboran lo expuestos por Millon y Davis (2001, 2003), quienes afirmaban que estos sujetos suelen poseer deficiencias para

experimentar bienestar o dolor, siendo incapaces de experimentar emociones agradables o no.

Al correlacionar el factor 1 de la TAS 20 con el estilo de personalidad evitativo se halla una correlación estadísticamente significativa positiva y moderada, entre ambas variables lo que se contrapone a lo detallado por Beck y Freeman (1995), quienes refieren que estos sujetos suelen evaluar constantemente sus sentimientos para aislarse debido al temor a ser heridos o rechazados, por otro lado Millon y Davis (2001, 2003), señalan que estas personas suelen ser hiperrectivas a los estados de ánimo de los demás, pese a añaden que las expresiones emocionales suelen omitirse no se obtienen datos estadísticamente significativos que confirmen tales declaraciones, lo que podría deberse a características particulares de la muestra de estudio.

El estilo de personalidad dependiente presenta una correlación estadísticamente significativa positiva y moderada con el factor 3 de la Escala de Alexitimia de Toronto, factor que evalúa un estilo de pensamiento orientado hacia los detalles externos, lo cual puede confirmarse con lo detallado por Millon y Davis (2001, 2003), quienes refieren que estas personalidades suelen mostrarse serviles, atentos por agradar a los demás con el fin de asegurarse el apoyo que ellos les brindan.

Se observa una correlación negativa estadísticamente significativa y moderada entre el estilo de personalidad histriónico y el factor 2 de la TAS 20, factor que evalúa la dificultad para describir los sentimientos, lo que explica que a medida se demuestren más rasgos histriónicos menor será la dificultad para describir los sentimientos, estos hallazgos coinciden con lo detallado por Millon y Davis (2001, 2003) quienes afirmaban que este estilo de personalidad suelen impresionar a los demás debido a la facilidad con la que expresan sus sentimientos y pensamientos.

El estilo de personalidad antisocial comparte una correlación negativa estadísticamente significativa y moderada con el factor 2 de la TAS 20, por tanto, presenta menores dificultades para describir sus sentimientos quizás en su afán de probar su superioridad frente a los demás (Millon y Davis, 2001, 2003).

Analizando el estilo de personalidad autoderrotista y el factor 1 de la Escala de Alexitimia de Toronto, se observa una correlación estadísticamente significativa positiva y alta entre estas variables, dato que se relaciona a lo expuesto por Millon y Davis (2001, 2003), quienes afirman que este estilo de personalidad suele preferir experimentar sentimientos negativos desestimando los positivos, tales resultados llevan a plantear la posibilidad que estas personas no logran identificar los sentimientos que acompañan a sus actos dejándose arrastrar por situaciones denigrantes.

El estilo de personalidad esquizotípico presenta una correlación estadísticamente significativa positiva y moderadamente alta con el factor 1 de la TAS 20, dato que coincide con lo expuesto por Millon y Davis (2001, 2003), al señalar que estos sujetos suelen ir por la vida como maniqués, con barreras impenetrables para compartir afectos y emociones.

En el análisis entre el estilo de personalidad borderline y el factor 1 de la Escala de Alexitimia de Toronto, TAS 20, se observa una correlación estadísticamente significativa positiva y moderadamente alta entre estas variables lo que se confirmaría con Millon y Davis (2001, 2003) quienes señalan que el sujeto límite presenta una inconsistencia en sus sentimientos y pensamientos, así como dificultades para lograr adecuar su estado de ánimo a la realidad.

El estudio de correlaciones entre los estilos de personalidad patológicas y los factores de la Escala de Alexitimia de Toronto, TAS 20, confirman lo detallado por el análisis de correlaciones entre los estilos de personalidad patológica y la alexitimia, en la cual se

observa que los estilos de personalidad patológica tales como narcisista, agresivo-sádico, compulsivo, pasivo-agresivo y paranoide no presentan correlaciones estadísticamente significativas con la alexitimia ni con ninguno de los factores que la conforman, hallazgo disímil a lo encontrado en los estilos de personalidad patológica dependiente, antisocial y borderline, quienes pese a no evidenciar una relación estadísticamente significativa con la alexitimia en general presentan correlaciones estadísticamente significativas con alguno de los factores que la conforman, estos hallazgos podrían explicarse a características particulares de la muestra evaluada.

Tras el análisis de correlaciones que existen entre los síndromes clínicos evaluados por el MCMI II y el TAS 20, se observa la presencia de correlaciones estadísticamente significativas moderadamente altas y positivas entre la alexitimia y la ansiedad, así como también con la depresión, tal como lo refirieran Velasco (2000), Casullo (2001), Espina y col. (2001), Espina (2002), Posse (2004) y Moral de la Rubia (2005).

La captación de pacientes que presentaban antecedentes del intento suicida fue realizada tanto en los servicios de emergencia como en el de consulta externa del Consultorio de Psicología del Hospital Nacional Cayetano Heredia debido a que como refieren diversos autores como Sarason y Sarason (1993), Hyman (citado por Díaz, Bousoño, Bobes y Fernández, 1998), García de Jalón y Peralta (2002) y Miró (2002), la frecuencia de actos suicidas registrados no siempre es motivo de ingreso a algún establecimiento de salud, o el ocultamiento de la información por parte de los familiares de los pacientes por el temor al estigma social, de ahí el problema de un sub registro, por tanto, cobra importancia no sólo un adecuado diagnóstico del paciente, sino, además, la evaluación oportuna del riesgo suicida en la práctica clínica.

De acuerdo con los datos registrados por la ficha sociodemográfica se observa que las mujeres presentan un mayor porcentaje de aparición de conductas suicidas no

consumadas, tal como lo detallan autores como Ghosh y Victor (1995), así como por investigaciones nacionales realizadas por Anticona y col. (1999), Alegre (1999), Vílchez (2000), Mosquera del Águila (2003) e investigaciones internacionales como Coronado-Solís (2004), Solís (2005) y Vega y col. (2005).

En función al rango de edad, se registra una mayor frecuencia de comportamientos suicidas no mortales en sujetos adolescentes y jóvenes tal como lo corroboran Ghosh y Victor (1995), Durand (1999), Anticona y col. (1999), Alegre (1999), Vílchez (2000), Oficina Sanitaria Panamericana de la Organización Panamericana de la Salud en conjunto con la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (2002), Peña y col. (2002), Mosquera del Águila (2003), Coronado-Santos y col. (2004), Fonseca (2004), Reyes y col. (2004), Castro y col. (2005), Vega y col. (2005) y Solís (2005), realidad presente en nuestro país y el mundo, siendo el grupo de edad más afectado el de 15 a 24 años, según datos oficiales de la OMS.

Analizando el estado civil en la muestra de sujetos con antecedentes de intento suicida evaluados, se observa una mayor proporción de sujetos con estados civiles solteros y convivientes tal como se registró en investigaciones antecedentes internacionales como González y col. (1998), Miró (2002), Reyes y col. (2004), así como en investigaciones nacionales entre los que figuran Castañeda (1983), Mosquera del Águila (2003), Vega y col (2005), Solís (2005) y Castro y col. (2005). Lo cual presumiría que la situación de soledad y aislamiento funge como un factor de riesgo hacia el suicidio en las personas solteras.

El grado de instrucción señalado entre los que presentaron la conducta suicida, se halla distribuida mayormente por pacientes que refieren tener estudios de secundaria completa dato similar al hallado por Tuesca y Navarro (2003), Reyes y col. (2004) y Vega y col. (2005).

La ocupación es otra de las variables a detallar en el presente estudio, así se observa que entre aquellos que registraron el intento suicida son estudiantes o trabajadores, datos coincidentes a los obtenidos por Tuesca y Navarro (2003) y Solís (2005) y que se contraponen con lo hallado por Reyes y col. (2004), quienes señalaron que aquellos que realizaban la conducta suicida mayormente eran personas desempleadas.

En función al análisis de la razón que motivó a que los evaluados hallan presentado el intento suicida, se encuentran principalmente los conflictos familiares, resultados señalados por Anticona y col. (1999), Miró (2002) Vega y col (2005) y Castro y col. (2005), seguidos por aquellos de índole sentimental o problemas de pareja, Durand (1999), Vílchez (2000) y Solís (2005), lo que indicaría que un factor importante en la presencia de una conducta suicida podría ser ciertas dificultades con personas significativas en su entorno. Finalmente se observa un bajo índice de intentos suicidas motivados por el padecimiento de alguna enfermedad física lo que concuerda con lo expuesto por De la Fuente en 1996, ya que mayormente quienes las padecen tienden a adaptarse a estas y sobrellevarlas.

Tal como indicara Cocaña y col (1998), se observa que los pacientes adolescentes que presentaron intentos suicidas se asociaban mayormente a conflictos de índole familiar, mientras que aquellos sujetos jóvenes manifestaron como motivo del intento suicida principalmente a dificultades en su relación de pareja. En ambos grupos de edad se observa la presencia de conflictos con personas de su entorno más cercano y significativo.

El método utilizado para llevar a cabo el intento suicida es motivo de análisis, los resultados confirman lo detallado por Anticona y col (1999), Vílchez (2000), Sánchez y col. (2004) y Castro y col. (2005) quienes detallaron que la ingesta medicamentosa y la ingesta de órganos fosforados como el método mayormente utilizado para llevar a cabo

el intento suicida, lo que se haya asociado a la facilidad de acceso a estas sustancias en nuestro medio.

En las diversas investigaciones referidas al análisis de los factores que acompañan al intento suicida se observan que estos trabajos no han profundizado en cuanto a la preparación para cometer el intento suicida, así como respecto al propósito, la actitud frente el vivir o cometer el intento suicida siendo estos datos tratados de manera superficial, y que debe ser tomado en cuenta tal como lo señalan Clareen y col. (1995), debido a que brindan información importante para un adecuado manejo de estos pacientes.

La intencionalidad del acto suicida, tal como refiere Lemos (2000), es un factor que interviene en la aparición de una conducta suicida, así observamos que la conducta autolítica puede ser vista como una forma de pedir ayuda, manipular a los que les rodean, conseguir atención o finalmente como una conducta cuyo único fin es escapar de la vida.

Se observan resultados discordantes a lo expuesto por Tuesta y Navarro (2003), en cuanto la existencia de alguna nota suicida, quienes obtuvieron un elevado porcentaje de testimonios escritos a comparación de los datos registrados en la presente investigación. En función al grado de premeditación para cometer el intento suicida, en los datos expuestos por los investigadores referidos, se comparte el hallazgo de que la mayor parte de personas habían premeditado su manera de morir. Estos resultados se complementan por lo señalado por Clemente y Gonzáles (1996) quienes detallan que a todo suicidio le precede un estado de interiorización del mismo, de aquí la importancia de una adecuada evaluación clínica para detectar los posibles casos de intento suicida y brindar el tratamiento multidisciplinario que requieren.

Cocaña y col. (1998), así como Santo-Domingo et al. (2002), señalan que la reacción frente al intento suicida suelen ser de arrepentimiento y de autocrítica, información símil a la expuesta en este estudio.

De acuerdo con el número de intentos suicidas previos, los datos registrados se corroboran a lo expuesto por Cocaña y col. (1998), Mosquera del Águila (2003), Tiesca y Navarro (2003), Reyes y col. (2004) y Cevallos y col. (2005), al referir que en los sujetos con intentos suicidas previos presentan más riesgos de cometerlo nuevamente, ya que en futuros intentos suicidas logran controlar las variables que no les permitieron culminar su propósito autolítico inicialmente.

El tiempo de la ideación suicida es un factor importante para predecir la conducta suicida tal como lo señalan Sarason y Sarason (1993), al afirmar que antes de la conducta suicida, el sujeto suele premeditar los pasos a seguir para poder llevarla a cabo.

Además, referente a la conducta suicida se observa como características el ser producidas por ingesta medicamentosa o de órganos fosforados, con una preparación activa del intento suicida, cuyo propósito para cometer el intento suicida sería una escapar de la vida. Pese a que mayormente el intento se realizó con un grado de premeditación de aproximadamente 3 horas antes del intento se observa la ideación suicida estuvo presente tiempo atrás, mayormente meses, tras el intento frustrado de suicidio la reacción que perciben es de arrepentimiento, ridículo o vergüenza por el acto cometido o de autocrítica por haber fracasado en el acto.

Los resultados hallados en cuanto a los estilos de personalidad e intento suicida, se confirman con lo expuesto por Solís (2005), quien arribó a similares conclusiones observando que la conducta suicida se presentaba en aquellos que evidenciaban rasgos evitativos, paranoides y borderline. Isometsa y col. (referidos por Ghosh y Victor en

1995), señalaban años atrás la presencia de rasgos borderline, antisociales, narcisistas e histriónicos en aquellos que referían actos suicidas, hallazgos coincidentes a los expuestos por Blumental (referidos en Gonzáles y Col. en 1998).

Quintanilla y col (2004), hace referencia a Waldinguer, quien coincide a los hallazgos confirmando que los sujetos con características borderline y antisocial son predictores del intento suicida, hallazgos que podrían ser motivo de posteriores estudios. Millon y Davis (2001, 2003), refieren que las personalidades que combinan rasgos dependientes y evitativos podrían presentar conductas suicidas tal como se observa en los resultados.

Los resultados coinciden con lo expuesto por Millon y Davis (2001), la Organización Mundial de la Salud a través del CIE 10 y la Asociación Psiquiátrica Americana en el DSM IV, quienes referían que una de las características del estilo de personalidad límite suelen ser las conductas autodestructivas que algunas veces exhiben.

Similares hallazgos fueron expuestos por Hull y col., Joffe y Reagan, así como por McCann y Suess (citados por Choca y Van Denburg, 1998), quienes señalaron que entre los sujetos con antecedentes de intento suicida se observa una combinación de rasgos límites, negativistas, esquizoide, evitativa y dependientes.

Se aprecia que al realizar el análisis de los estilos de personalidad en función al motivo del intento suicida los hallazgos coinciden parcialmente con los expuestos por Olson y Craig (referidos por Choca y Van Dan Demburg, 1998), quienes detallaban que entre las características de personalidad presentes en personas con problemas sentimentales o de pareja se hallan rasgos negativistas-autoderrotistas-narcisistas-limites, narcisistas-agresivos-histriónicos, dependientes-evitativos-esquizoides y dependientes-compulsivos; a comparación de lo hallado en el presente estudio y que corresponden a características negativistas-autoderrotistas, evitativos y antisociales, esta parcial similitud podría deberse a las características particulares de la muestra estudiada.

Peña y col (2002), señalan que los sujetos con poca estabilidad emocional, emotivos, inseguros, aprensivos, angustiados, tensos; tienden a ser más propensos a realizar alguna conducta suicida, estas características suelen ser coincidentes con un estilo de personalidad de mayor gravedad, en particular con el límite tal como se detalla en los resultados expuestos.

Millon y Davis (2001, 2003), refieren que entre los estilos de personalidad patológica que podrían presentar conductas suicidas se hallan aquellos que combinan rasgos evitativos-depresivos, dependientes-evitativos, límites-evitativos-depresivos o dependientes; o límites-depresivos o autoderrotistas, datos similares a las obtenidas en el presente estudio.

De acuerdo con la distribución de la muestra en función a los estilos de personalidad, se aprecia un grupo considerable que presentan características de personalidad histriónicas lo que podría estar relacionada al propósito para cometer el intento suicida referido como manipular, conseguir atención o cambios en el entorno, debido a que estas personalidades presentan como característica la demanda activa de interés de los otros además de una conducta manipulativa constante con el fin de asegurarse esta atención (Millon y Davis, 2001, 2003).

Los hallazgos a los que se arribaron en función a la distribución de la muestra de acuerdo al diagnóstico obtenido en el TAS 20, confirman lo detallado por Custodio (2002), quien señaló que un grupo importante de sujetos presentaban niveles moderados y altos de alexitimia, lo cual sería motivo de investigaciones posteriores para clarificar estos resultados.

En el análisis realizado sobre el motivo del intento suicida y el diagnóstico en cuanto a los niveles de alexitimia, se observa que quienes refieren realizar el acto autolítico debido a presentar problemas familiares y de pareja cuentan con índices elevados en

alexitimia, lo que presenta relación con lo expuesto por Espina (2002), quien señaló que la alexitimia predecía un peor ajuste de pareja, incrementando o agudizando los conflictos que pudieran existir.

Adicionalmente, los hallazgos permiten identificar provisionalmente cual sería el perfil del paciente que realiza una conducta suicida, el cual reúne las siguientes características: Mujer, edades entre 17 y 24 años, soltera, con grado de instrucción secundaria completa o superior, empleado, con características de personalidad evitativos, negativistas, antisociales, dependientes y límites, dificultades en cuanto a la identificación de sus sentimientos, así como para describirlos a los demás, con conflictos familiares o sentimentales, con antecedentes de intentos suicidas previos y que acuden a algún establecimiento de salud en frecuencias ínfimas tras el intento.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este capítulo se exponen las conclusiones a las que se arribó tras la investigación, paso seguido se procede a sugerir las recomendaciones necesarias para un posterior estudio de las variables empleadas.

5.1. CONCLUSIONES

1. La Escala de Alexitimia de Toronto, TAS-20, y los factores que la componen presentan una adecuada confiabilidad dada por el método de consistencia interna de alfa de Cronbach conservándose con sus 20 ítems originales.
2. La Escala de Alexitimia de Toronto, TAS 20, presenta una estructura factorial conformada por un solo factor el cual explica el 66.37% de la varianza total. Por tanto, se concluye afirmado que la TAS 20 presenta validez de constructo.
3. La Escala de Alexitimia de Toronto, TAS 20, mantiene sus tres factores de evaluación: Factor 1: Dificultad para identificar los sentimientos, Factor 2:

Dificultad para describir los sentimientos y el Factor 3: Pensamiento orientado externamente.

4. Tras el estudio psicométrico de la Escala de Alexitimia de Toronto se presentan una clasificación diagnóstica de los resultados en base a los baremos obtenidos y son expuestos en función a cada uno de los factores que la componen como de la puntuación total.
5. Los resultados obtenidos en la Escala de Alexitimia de Toronto, TAS 20 y en el Inventario Clínico Multiaxial de Millon, MCMI II, presentan una distribución normal, datos obtenidos tras el análisis de Kolmogorov Smirnov.
6. Los estilos de personalidad esquizoide, evitativo, autoderrotista y esquizotípico presentan una correlación estadísticamente significativa moderada y positiva con la alexitimia.
7. Existe una correlación negativa estadísticamente significativa y moderada entre el estilo de personalidad histriónico y la alexitimia.
8. El estilo de personalidad patológica esquizoide y evitativo comparten una correlación estadísticamente significativa moderada y positiva con el factor 1 de la TAS-20, factor que evalúa la dificultad para identificar los sentimientos.
9. El estilo de personalidad patológica dependiente presenta una correlación estadísticamente significativa moderada y positiva con el factor 3 de la TAS-20, factor que señala un estilo de pensamiento orientado hacia lo externo.
10. Tanto el estilo de personalidad patológica histriónico como el antisocial presentan una correlación negativa estadísticamente significativa y moderada con el factor 2 de la TAS-20, referido a la dificultad para describir los sentimientos hacia las demás personas.

11. El estilo de personalidad patológica autoderrotista presenta una correlación estadísticamente significativa alta y positiva con el factor 1 de la TAS-20, que evalúa la dificultad para identificar sentimientos que evalúa la dificultad para identificar sentimientos.
12. El estilo de personalidad patológica esquizotípico, así como el estilo de personalidad patológica borderline presentan una correlación estadísticamente significativa positiva y moderadamente alta con el factor 1 de la TAS-20, que evalúa la dificultad para identificar sentimientos.
13. La alexitimia y los síndromes clínicos tales como ansiedad y depresión presentan una correlación estadísticamente significativa alta y positiva.
14. Las mujeres suelen reportar más antecedentes de intento suicida a comparación de los varones.
15. Las edades que registran un mayor porcentaje de intento de suicidio los 17, 25 y 18 años.
16. El motivo más frecuente del intento de suicidio es el referido a problemas familiares, especialmente en las mujeres, seguida por conflictos de índole sentimental. El acto suicida producido por padecer alguna enfermedad médica es menor.
17. El método empleado para realizar el acto suicida suele ser frecuentemente la ingesta medicamentosa conocida como sobredosis de fármacos, luego la ingesta de órganos fosforados ambos métodos preferidos por las mujeres. La ingesta de sustancias cáusticas no es muy frecuente, el método suicida de ahorcamiento se presenta únicamente en los varones.

18. De los sujetos evaluados un pequeño grupo señaló al intento de suicidio como un acto impulsivo en el cual no existió premeditación, seguidos por grupo que lo planeó por mas de 3 horas antes del acto, mientras que para la mayoría el acto fue planificado aproximadamente las tres últimas horas antes del intento.
19. El fin del acto suicida mayormente fue escapar de la vida, seguido por un grupo cuyo propósito fue manipular a otros, efectuar cambios en su entorno y conseguir atención o venganza.
20. Los estilos de personalidad que presentan mayor frecuencia en cuanto al acto suicida son aquellos que combinan rasgos evitativos, negativistas, antisociales y dependientes.
21. Entre los estilos de personalidad más graves que presentan algún intento suicida son aquellos que combinan rasgos principalmente límites, así como una combinación de estos con rasgos esquizotípicos.
22. Entre los sujetos evaluados que señalaron como motivo del acto suicida problemas familiares se observa una combinación de rasgos negativistas-autoderrotistas y dependientes.
23. Entre los que detallaron como motivo del intento suicida los problemas o conflictos de pareja, se observan características de personalidad negativistas-autoderrotistas, evitativos y antisociales.
24. Entre los rasgos de personalidad que acompañan a los sujetos cuyo motivo para realizar la conducta suicida fue la presencia de alguna enfermedad, se hallan una combinación de rasgos negativistas-autoderrotistas y antisociales.

5.2. RECOMENDACIONES

El suicidio es un problema de salud prevenible, por tanto, sería necesaria la elaboración y puesta en marcha de programas psicológicos preventivos promocionales acerca de la problemática del suicidio, en el cual se haga hincapié en reducir el estigma asociado a haber presentado antecedentes de intento autolíticos o acudir a algún servicio de salud mental., así como reevaluar el manejo de la información sobre estos temas en los medios de comunicación masiva.

Promover la salud mental a través de programas preventivos promocionales dirigidos a la comunidad en general enfatizando en el oportuno tratamiento de los trastornos de personalidad y acerca de la importancia de las emociones en la vida diaria.

En la práctica clínica resulta necesario una adecuada evaluación del Eje II, según el formato multiaxial para que de esta manera se intervenga terapéuticamente de acuerdo a las necesidades del paciente, ya que como es sabido, la presencia de algún tipo de personalidad patológica trae consigo diversas entidades clínicas que suelen ser los motivos que llevan a un sujeto a una atención clínica.

Debido que uno de los factores que comprende el constructo de la alexitimia corresponde a la dificultad para identificar las emociones cobra importancia una adecuada educación emocional, que reúna conceptos tales como la emoción, reconocimiento de estas, así como la relación que existe entre diversas situaciones y las reacciones que pueden producir.

Conociendo que tanto la ingesta medicamentosa así como la ingesta de órganos fosforados (raticidas), son los principales métodos para realizar una conducta suicida, se debe tomar conciencia de la facilidad con que estas pueden ser adquiridas en múltiples establecimientos para poder intervenir con el fin de reducir el acceso a estas sustancias.

Como se logra observar, cobra similar importancia poder realizar estudios de seguimiento a los pacientes que presentaron algún antecedente autolítico, ya que como bien es sabido, el haber realizado algún intento suicida es un posible indicador que esta conducta vuelva a realizarse con mejores resultados para quien lo intenta, de aquí es que se recomienda una evaluación minuciosa del riesgo suicida principalmente en estos pacientes, esto, sin descuidar la labor de soporte a las víctimas y sobrevivientes de la conducta.

A las autoridades del sector salud se recomienda enfatizar en una adecuada evaluación y mejora de los sistemas de registro del ingreso de los pacientes, en los diferentes establecimientos hospitalarios, para obtener cifras reales acerca de la frecuencia del intento suicida así como del suicidio consumado, debido a la existencia de una cifra oculta de esta problemática.

En función a los resultados se hace necesario realizar una evaluación de la red de soporte que pudiera presentar los pacientes que requieran atención y que muestren en su historial conflictos de pareja o familiares y de esta manera poder prevenir posibles conductas suicidas.

En futuras investigaciones con pacientes que presenten antecedentes de intento suicida sería necesario utilizar un número de muestra mayor al empleado para poder generalizar los resultados obtenidos, además, se recomienda realizar investigaciones afines en diversos tipos de muestras clínicas de diversas instituciones, así como también en una muestra sana, acerca de las variables relacionadas en el presente estudio, para poder identificar los estilos de personalidad patológica que presenten correlación con la alexitimia de manera recurrente, siendo el MCMI II y la TAS 20 instrumentos adecuados para su evaluación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abad F., Garrido J., Olea J. Y Ponsoda V. (2006). *Teoría Clásica De Los Test Y Teoría De La Respuesta Al Ítem*. Madrid: Pirámide.
- Aiken L. (1996). *Test Psicológicos Y Evaluación*. México: Ed. Prentice Hall Hispanoamericana. 8° Ed.
- Alava C. (2001). *Psicología De Las Emociones Y Actitudes. Lenguaje No Verbal: Gestos Y Mohínes*. Lima: Ed. San Marcos.
- Alegre C. (1999). Factores De Riesgo Asociados Al Intento De Suicidio. Tesis de Titulo de Especialista en Psiquiatría. Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Lima, Perú.
- Anticona C., Uscata L., Fuentes M. Y Aguirre E. (1999). Epidemiología Del Intento De Suicidio: Servicio De Emergencia Del Hospital Víctor Larco Herrera. *Archivos Peruanos De Psiquiatría Y Salud Mental*, 3(1) 11-22.
- Aparicio M. Y Sánchez-López M. (1999). Los Estilos De Personalidad: Su Medida A Través Del Inventario Millon De Estilos De Personalidad. *Anales De Psicología*, 15(2) 191-211. [En red] www.um.es/analesps/
- Arbinaga F. (2001-2002). Alexitimia Y Estado De Ánimo En Enfermos Con Esclerosis Múltiple. *Cuadernos De Medicina Psicosomática Y Psiquiatría De Enlace*, 2001-2002. N° 60-61 13-21. [En red] www.editorialmedica.com/cuadernos.asp
- Asociación Americana De Psiquiatría (2000). *Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales*. (4° Ed.) Barcelona: Ed. Masson.
- Asociación Americana De Psiquiatría (2002). *Manual De Diagnóstico Diferencial*. (4° Ed. Rev.) Barcelona: Ed. Masson.
- Ávila A. Y Jiménez F. (1992). Nuevos Desarrollos Psicométricos Para La Evaluación Clínica De La Personalidad Y Sus Trastornos. En Ávila A., Jiménez F. Y Ortiz P. *Evaluación En Psicología Clínica. Volumen I: Proceso, Método y Estrategias Psicométricas*. (pp. 337-376) Salamanca: Amarú Ediciones.

- Beck A. Y Freeman A. (1995). *Terapia Cognitiva De Los Trastornos De La Personalidad*. Traducción Jorge Pintigorsky. Madrid: Ed. Paidos. 2° Ed.
- Belloch A. Y Fernández H. (2002). *Trastornos De La Personalidad*. Madrid: Ed. Síntesis.
- Belloch A., Sandin B. Y Ramos F. (1995). *Manual De Psicopatología*. España: Mc. Graw-Hill.
- Bermeo M. (2005). Valoración Inicial Y Manejo De Las Intoxicaciones Agudas. Emergencia Hospital Daniel Alcides Carrión. Callao. Tesis De Especialista En Medicina De Emergencias Y Desastres. Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Lima, Perú.
- Carbonell C. Y González J. (1998). Evolución Histórica Del Fenómeno Suicida. En Bobes J., Gonzalez J. Y Saíz P. (Comp.) *Prevención De Las Conductas Suicidas Y Parasuicidas*. (Pp. 1-4) Barcelona: Ed. Masson.
- Castañeda A. (2003). Alexitimia, Cólera Y Hostilidad En Mujeres Con Historia De Maltrato Infantil. Tesis De Doctorado En Psicología. Universidad Femenina Del Sagrado Corazón. UNIFE. Lima, Perú.
- Castañeda G. (1983). Estudio Clínico De 18 Casos De Intento De Suicidio En El Hospital General Base Cayetano Heredia. Tesis De Bachiller En Medicina. Universidad Particular Cayetano Heredia. Lima, Perú.
- Castro P., Orbegoso O. Y Tinoco P. (2005). Caracterización Del Paciente Con Intento De Suicidio En El Hospital José Agurto Tello De Chosica 1995-2004. (Comunicación Personal).
- Casullo M. (2000). Comentarios Y Conclusiones. En Páez D. Y Casullo M. (Comp.) *Cultura Y Alexitimia. ¿Cómo Expresamos Aquello que Sentimos?*. (pp. 193-198) Argentina: Ed. Paidos.
- Casullo M. (2001). Alexitimia Y Estilos De Personalidad. Artículo Presentado Para Su Publicación En ANUARIO. Argentina. Facultad De Psicología. UBA. (Comunicación personal).
- Casullo M., Castro A. Y D'Anna A. (2000). Alexitimia Y Características De Personalidad En Jóvenes Adictos. En Páez D. Y Casullo M. (Comp.) *Cultura Y*

- Alexitimia. ¿Cómo Expresamos Aquello Que Sentimos?.* (pp. 181-192) Argentina: Ed. Paidos.
- Cevallos G., Arroyave J., Díaz S. Y Vergara K. (2005). Características Psicosociales Del Suicidio En La Ciudad De Santa Marta (Colombia) Durante Los Años 2002-2003. Asociación Colombiana Para El Avance De Las Ciencias Del Comportamiento. ABA Colombia. *Boletín Electrónico - Psicología Clínica Y De La Salud*. Bogotá, Colombia, Febrero 2005. [En red] www.abacolombia.org.co
- Choca J. Y Van Denburg E. (1998). *Guía Práctica Para La Interpretación Del MCMI (Millon Multiaxial Clinical Inventory)*. Barcelona: Ed. Paidos.
- Clarkin J., Hurt S. Y Mattes S. (1995). Evaluación Psicológica Y Neuropsicológica. En R. Hayes, S. Yudofski y J. Talbott (Eds). *Tratado De Psiquiatría*. (pp. 259-289) Barcelona: Ancora 1996
- Clemente M. Y González A. (1996). *Suicidio. Una Alternativa Social*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Cocaña I., González-Carlomán L., González M. Y Saíz P. (1998). Evaluación Del Riesgo Suicida Y/O Parasuicida: Cribado Del Riesgo Suicida En Atención Primaria. En Bobes J., Gonzalez J. Y Saíz P. (Comp.) *Prevención De Las Conductas Suicidas Y Parasuicidas*. (Pp. 90-94) Barcelona: Ed. Masson.
- Consejo Nacional De la Juventud. (2006). Índice De Desarrollo Juvenil: Informe Final De Consultoría. Lima, Febrero.
- Coronado-Santos S., Díaz-Cervera I., Vargas-Ancona L., Rosado-Franco A., Zapata-Peraza A. Y Díaz-Talavera S. (2004). Prevalencia Del Intento De Suicidio En El Servicio De Urgencias Del Hospital General “Dr. Agustín O’Horán”, de Enero de 1998 a Diciembre de 2003. *Revista Electrónica De Biomedicina 2004*. 15 : 207-213. [En red] <http://biomed.unimet.edu/index.html>
- Crespo J. (2002). Psicopatología de la Afectividad. En Vallejo J. (Edit.). *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. (pp. 219-234) Barcelona: Ed. Masson. 5º Ed.
- Custodio E. (2002). Alexitimia Y Sentido De Coherencia En Un Grupo De Adolescentes Limeños. Tesis De Licenciatura En Psicología. Pontificia Universidad Católica Del Perú. Lima, Perú.

- De la Fuente R. (1996). *Psicología Médica. Nueva Versión*. México. Fondo de Cultura Económica. Sexta Reimpresión.
- De Miguel, A. (2000). Estructura De Personalidad Y Trastornos De Personalidad: Correlato De Personalidad De Los Trastornos De Personalidad Definidos Por Clasificaciones De Consenso. [En red] <http://webpages.ull.es/users/admiguel/tptexto.pdf>
- Del Río Sánchez C., Torres-Pérez I. Y Borda-Más M. (2002). Comorbilidad Entre Bulimia Nerviosa Purgativa Y Trastornos De La Personalidad Según El Inventario Clínico Multiaxial De Millon (MCMI-II). *Revista Internacional De Psicología Clínica Y De La Salud* 2002, 2(3) 425-438. [En red] www.aepc.es/ijchp
- Díaz J., Bousoño M., Bobes J. Y Fernández J. (1998). Evaluación Del Riesgo Suicida Y/O Parasuicida: Valoración Clínica De La Conducta Suicida. En Bobes J., Gonzalez J. Y Saíz P. (Comp.) *Prevención De Las Conductas Suicidas Y Parasuicidas*. (Pp. 79-84) Barcelona: Ed. Masson.
- Díaz J., Saíz P., Bousoño M. Y Bobes J. (1998) Concepto Y Clasificación De Las Conductas Suicidas. En Bobes J., Gonzalez J. Y Saíz P. (Comp.) *Prevención De Las Conductas Suicidas Y Parasuicidas*. (Pp. 13-20) Barcelona: Ed. Masson.
- Díaz-Marzá M., Cavero M., Fombellida C. Y Carrasco J. L. (2003). *Trastornos De La Personalidad* [En Red] <http://ascasam.org>.
- Durand D. (1999). Estudio Descriptivo Del Intento De Suicidio Y La Prevalencia Del Episodio Depresivo Mayor Actual En Pacientes Que Acuden Al Servicio De Emergencia Del Hospital General Arzobispo Loayza. Tesis De Título De Médico Cirujano. Universidad Particular Cayetano Heredia. Lima, Perú.
- Espina A. (2002). Alexitimia Y Relaciones De Pareja., *Psycothema*, 14(4) 760-764. [En red] www.psycothema.com
- Espina A., Ortego M., Ochoa de Alda I. Y Alemán A. (2001). Alexitimia, Familia Y Trastornos Alimentarios. *Anales De Psicología*, 17(1) 139-149. [En red] www.um.es/analesps/
- Feldman R. (1996). *Psicología Con Aplicaciones Para Iberoamérica*. México: Ed. McGraw-Hill/Interamericana de México, SA.

- Fernández I., Zubieta E. Y Páez D. (2000) Expresión E Inhibición Emocional En Diferentes Culturas. En Páez D. Y Casullo M. (Comp.) *Cultura Y Alexitimia. ¿Cómo Expresamos Aquello Que Sentimos?*. (pp. 73-98) Argentina: Ed. Paidós.
- Fernández-Moltalvo J. Y Yáñez S. (1994). Alexitimia: Concepto, Evaluación Y Tratamiento. *Psicothema*. 6(3) 357-366. [En red] www.psicothema.com
- Fonseca J. (2004). Estadística. Suicidios E Intentos Suicidas En Menores De 30 Años. *Boletín Latinoamericano Adolescencia 2004*. Enero-Julio, N° 10, p 5. [En red] www.adolec.org.mx
- García de Jalón E. Y Peralta V. (2002). Suicidio Y Riesgo De Suicidio. *ANALES Sis San Navarra 2002*; (Supl. 3): 87-96. [En red] www.cfnavarra.es/salud/anales
- Garibay C. (2002). Análisis Exploratorio Psicométrico Del Inventario Clínico Multiaxial De Millon II En Estudiantes De Psicología. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Federico Villarreal. Lima, Perú.
- Gastó C. Y Vallejo J. (2000). Manual De Diagnóstico Diferencial Y Tratamiento En Psiquiatría. Barcelona: Masson. 2° Ed.
- Ghosh T. Y Victor B. (1995). Suicidio. En R. Hayes, S. Yudofski y J. Talbott (Eds). *Tratado De Psiquiatría* (pp. 1313-1334) Barcelona: Ancora 1996.
- González J., Cocaña I., Bousoño M. Y Fernández J. (1998). Estudio De Los Factores De Riesgo Suicida Y Parasuicida: Factores Psicológicos Y Psicopatológicos. En Bobes J., Gonzalez J. Y Saíz P. (Comp.) *Prevención De Las Conductas Suicidas Y Parasuicidas*. (Pp. 59-68) Barcelona: Ed. Masson.
- González J., Iglesias C., González-Quirós P. Y Ramos Y. (1998). Estudio De Los Factores De Riesgo Suicida Y Parasuicida: Factores Familiares. En Bobes J., Gonzalez J. Y Saíz P. (Comp.) *Prevención De Las Conductas Suicidas Y Parasuicidas*. (Pp. 54-58) Barcelona: Ed. Masson.
- González J. Y Ramos Y. (1998). Aproximación Teórica Al Fenómeno Suicida. En Bobes J., Gonzalez J. Y Saíz P. (Comp.) *Prevención De Las Conductas Suicidas Y Parasuicidas*. (Pp. 5-12) Barcelona: Ed. Masson.
- González M., Saíz P., Bobes J. Y González-Quirós P. (1998). Estudio De Los Factores De Riesgo Suicida Y Parasuicida: Factores Sociodemográficos. En Bobes J.,

- Gonzalez J. Y Saíz P. (Comp.) *Prevención De Las Conductas Suicidas Y Parasuicidas*. (Pp. 46-53) Barcelona: Ed. Masson.
- Hernández S., Fernández C. Y Baptista L. (2003). *Metodología De La Investigación*. México: Ed. McGraw-Will. 2° Ed.
- Hogan T. (2004). *Pruebas Psicológicas: Una Introducción Práctica*. Traducción José L. Núñez. Ed. Manual Moderno México DF. 1° Ed.
- Instituto Especializado De Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. (2002) Estudio Epidemiológico Metropolitano En Salud Mental 2002. Informe General. *Anales De Salud Mental XVIII* (1-2)
- Kernberg O. (2003). *Trastornos Graves De La Personalidad*. México: Ed. El Manual Moderno.
- Kendall R. Y Rodríguez E. (2002). Validación De La Escala De Alexitimia De Toronto (TAS-20) En Una Población De Estudiantes Universitarios. Tesis De Título Profesional De Especialista En Psiquiatría. Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Lima, Perú.
- Lemos S. (2000). *Psicopatología General*. Madrid: Ed. Síntesis S.A.
- León, O. Y Montero, I. (2003). *Métodos De Investigación En Psicología Y Educación*. España: Ed. McGraw-Will. 3° Ed.
- Madrigal de León E. (2004). Editorial Boletín Latinoamericano Adolescencia 2004. Enero-Junio, N° 10, pp.3-4. [En red] www.adolec.org.mx
- Martínez-Sánchez F. Y Marín J. (1997). Influencia Del Nivel De Alexitimia En El Procesamiento De Estímulos Emocionales En Una Tarea Stroop. *Psicothema*, 1997. 9(3) 519-527. [En red] www.psicothema.com
- Martínez-Sánchez F. (1998). Alexitimia Y Estilo Represivo De Afrontamiento: ¿Dos Constructos Emocionales Diferentes O Similares?. *Revista Electrónica De Psicología*, Enero 2(1). [En red] www.psiquiatria.com/psicolog
- Martínez-Sánchez F., Ortiz B. (2000) La Evaluación De La Alexitimia. En Páez D. Y Casullo M. (Comp.) *Cultura Y Alexitimia. ¿Cómo Expresamos Aquello Que Sentimos?*. (Pp. 35-50) Argentina: Ed. Paidós.

- Martínez-Sánchez F., Montero J. Y De la Cerra J. (2001). Sesgos Cognitivos En El Reconocimiento De Expresiones Emocionales De Voz Sintética En La Alexitimia. *Psicothema*, 2002. 14(2) 344-349. [En red] www.psicothema.com
- Martínez Sánchez F., Ato M. Y Ortiz B. (2003). Alexitimia - State Or Trait?. *The Spanish Journal Of Psychology*, 6(1) 51-59. [En red] www.ucm.es/info/psi/docs/journal
- Millon T. (1999). *MCMI-II Inventario Clínico Multiaxial De Millon II, Manual*. Madrid: Ed. TEA. 2º Ed.
- Millon T. (2001). *MIPS Inventario De Estilos De Personalidad De Millon, Manual*. Madrid: Ed. TEA.
- Millon T. Y Davis R. (2001). *Trastornos De La Personalidad En La Vida Moderna*. Barcelona: Ed. Masson.
- Millon T. Y Davis R. (2003). *Trastornos De La Personalidad. Más Allá Del DSM-IV*. Barcelona: Ed. Masson.
- Minayo M. Y Piaggio R. (2005). Estudio Piloto En La Escala De Factores De Riesgo Suicida En Adolescentes De 14 A 17 Años De Un Grupo De Colegios Del Distrito De Jesús María. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Femenina Del Sagrado Corazón. UNIFE. Lima, Perú.
- Ministerio de Salud. MINSA. (2006). Estadística De La Mortalidad General Por Grupos De Edad Y Sexo. Perú Año 2004. Inédito.
- Miró E. (2002). Suicidio. En Vallejo J. (Edit.). *Introducción A La Psicopatología Y La Psiquiatría*. (pp. 299-309). Barcelona: Ed. Masson. 5º Ed.
- Moral De La Rubia J. (2000). La Constelación Alexitímica En El Rorschach. *Revista Electrónica de Psicología*, Enero 4(1) [En red] <http://www.psiquiatria.com/psicolog>
- Moral de la Rubia J. Y Retamales R. (2000). Estudio De Validación De La Escala De Alexitimia De Toronto (TAS-20) En Muestra Española. *Revista Electrónica De Psicología*, Enero 4(1) [En red] <http://www.psiquiatria.com/psicolog>
- Moral de la Rubia J. Y Retamales R. (2002). Adaptación Española Del Test Arquetípico De Los 9 Elementos Codificado (SAT 9). [En red] www.psiquiatria.com

- Moral de la Rubia J. (2005). Alexitimia, Desviación Psicopática Y Depresión. Un Estudio En Una Población Universitaria. *Medicina Universitaria*, Julio-Setiembre 7(28) 105-115. [En red] www.imbiomed.com
- Moral de la Rubia J. (2006). Ubicación De La Alexitimia En Relación A Los Rasgos Psicopatológicos De Personalidad Del MMPI. *Salud Mental*. México, Distrito Federal. Mayo-Junio, 29(3) 41-50. [En red] www.inprf.cd.org.mx/revista_sm/tablas_mostrar.php?fasciculo=02903
- Morris Ch. (1992). *Introducción A La Psicología*. México: Ed. Prentice Hall Hispanoamericana S.A. 7° Ed.
- Mosquera del Águila A. (2003). Perfil Epidemiológico De Pacientes Hospitalizados Por Intento De Suicidio En El Hospital “Hermilio Valdizán” Durante Febrero 2000 – Enero 2001. Tesis de Título Profesional de Especialista en Psiquiatría. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Muñoz F. (1986). *Estructura De La Personalidad*. Madrid: Ediciones Iberoamericanas QUORUM.
- Muñoz J., Vega J., Mendoza C. Y Muñoz H. (2005). Suicidio E Intento De Suicidio Por Salto Desde Altura En El Puente Villena. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 68 (3-4) 140-152. [En red] <http://sisbib.unmsm.edu.pe/brrevistas/neuro-psiQuiatria>
- Oficina de Epidemiología del Hospital Nacional Cayetano Heredia (2004). Análisis De Situación de Salud Hospital Nacional Cayetano Heredia. [En red]. www.minsa.gob.pe/cheredia/estadistica/asis2005.pdf
- Oficina Sanitaria Panamericana De La Organización Panamericana De La Salud Y Oficina Regional De La Organización Mundial De La Salud (2002). *Informe Mundial Sobre La Violencia Y La Salud. Resumen*. Drug E., Dahlberg L., Mercy J., Zwi A. Y Lozano R. (Edit.) Washington.
- Oficina Sanitaria Panamericana De La Organización Panamericana De La Salud Y Oficina Regional De La Organización Mundial De La Salud (2003). *Informe Mundial Sobre La Violencia Y La Salud*. Drug E., Dahlberg L., Mercy J., Zwi A. Y Lozano R. (Edit.) Washington. Publicación Científica y Técnica N° 588.
- Organización Mundial De La Salud (1992). *CIE 10. Clasificación De Los Trastornos Mentales Y Del Comportamiento*. Madrid: Ed. Meditor. 1° Ed.

- Organización Mundial De La Salud (2000). *Guía De Bolsillo De La Clasificación CIE 10. Clasificación De Los Trastornos Mentales Y Del Comportamiento*. Traducción de Editorial Médica Panamericana. Madrid: Ed. Panamericana. 1º Ed.
- Organización Panamericana De La Salud. (2002). *Análisis De La Situación Perú*. Programa Especial De Análisis De Salud. OPS/OMS Perú. Lima. [En red]. www.per.ops.oms.org/situacion/asis2004-2005
- Otarola F. (1999). Suicidio En Lima Metropolitana En 1997. Tesis de Grado de Bachiller en Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Otero J. (1999). Alexitimia, Una Revisión. *Revista Asociación Española Neuropsiquiátrica*, 19(72). 587-596. [En red] www.pulso.com/aen/index.htm
- Páez D., Martínez-Sánchez F., Velasco C., Mayordomo S., Fernández I, Y Blanco A. (1999). Validez Psicométrica De La Escala De Alexitimia De Toronto (TAS-20): Un Estudio Transcultural. *Boletín De Psicología*, 63. 55-76.
- Páez D., Fernández I. Y Mayordomo S. (2000). Características Alexitímicas Y Diferencias Culturales. En Páez D. Y Casullo M. (Comp.) *Cultura Y Alexitimia. ¿Cómo Expresamos Aquello Que Sentimos?*. (pp. 51-71) Argentina: Ed. Paidós.
- Pelechano V. (2000). *Psicología Sistemática De La Personalidad*. Barcelona: Editorial Ariel S.A.
- Peña L., Casas L., Padilla M., Gómez T. Y Gallardo M. (2002). Comportamiento Del Intento Suicida En Un Grupo De Adolescente Y Jóvenes. *Revista Cubana Médica Militar* 2002, 3(3) 182-187. [En red] <http://bvs.sld.cu/revistas/mil/indice.html>
- Perales A. (1998). *Manual De Psiquiatría "Humberto Rotondo"*. Lima: Fondo Editorial UNMSM. 2º Ed.
- Phillips K. Y Gunderson S. (1995). Trastornos De La Personalidad. En R. Hayes, S. Yudofski Y J. Talbott (Eds). *Tratado De Psiquiatría* (pp. 743-771) Barcelona: Ancora 1996.
- Portilla J., Rodríguez L., Fernández J. Y Gonzáles-Seijo J. (1998). Evaluación Del Riesgo Suicida y/o Parasuicida: Evaluación Del Riesgo De Suicidio En Servicios De Emergencia. En Bobes J., Gonzalez J. Y Saíz P. (Comp.)

Prevención De Las Conductas Suicidas Y Parasuicidas. (pp. 95-99) Barcelona: Ed. Masson.

Posse M., Häliström T. Y Backenroth - Ohsako G. (2004). Predictores Psicosociales De La Alexitimia Estudiados Durante Un Periodo De 12 Meses En Una Población Femenina De “No Casos”. *The European Journal Of Psychiatry* 2004, 18(3) 133-141. [En red] www.scielo.iscii.es/cielo.php?script=si_issueoc&pid=1579_699x20040003&lng=es&nrm=iso

Quintanilla R., Haro L., Flores M., Celis A. Y Valencia S. (2003). Desesperanza Y Tentativa Suicida. *Investigación En Salud.* México, Guadalajara. Agosto, 5(2). [En red] www.rosario/gov.ar/sitio/salud/revista.jsp#02

Quintanilla R., Valadez I., Gonzáles J., Vega J. Flores M., Celis A. Y Valencia S. (2004). Tipos De Personalidad Y Conducta Suicida. *Investigación En Salud.* México, Guadalajara. Agosto, 6(2) 108-113. [En red] www.rosario/gov.ar/sitio/slud/rvista.jsp#03

Reyes H., Castro R., Polo L. Y Ceballos G. (2004). Características Psicodemográficas De Los Pacientes Atendidos Por Intento De Suicidio En Un Hospital De Tercer Nivel De La Ciudad De Santa Marta (Colombia). *DUAZURY. Revista De La Facultad De Ciencias De Salud* 2005, 2(1) 27-35. [En red] www.fsoc.uba.ar/modules/aaf/article.php?storyid=5

Roca X., Tejero A., Trujols J., Soler Q., Cid J., Camping M. Y Pinet C. (1999). Variables Psicológicas Y Seropositividad Al VIH: Aplicación De La Medicina Conductual En El Análisis Empírico De Una Interrelación. *Adicciones.* 11(4) 323-328. [En red] www.adicciones.es/revista_new.phd?registre_vars%5bnume%5d=53

Saíz P., G-Portilla M., Bascarán M., Arango C., Bousoño M. Y Bobes J. (2005). Prevención Del Suicidio. En *La Psiquiatría En Esquemas*. Dirigida por Bobes J. CD ROM. Oviedo: Grupo Ars Médica.

Saíz P., González M., Bousoño M. Y Bobes J. (1998). Estudio De Los Factores De Riesgo Suicida Y Parasuicida: Factores Biológicos. En Bobes J., Gonzalez J. Y Saíz P. (Comp.) *Prevención De Las Conductas Suicidas Y Parasuicidas.* (pp. 35-45) Barcelona: Ed. Masson.

- Saíz P., González M., Cocaña I. Y Bobes J. (1998). Epidemiología. En Bobes J., Gonzalez J. Y Saíz P. (Comp.) *Prevención De Las Conductas Suicidas Y Parasuicidas*. (pp. 21-33) Barcelona: Ed. Masson.
- San Miguel M. T. (2003). Handbook Of Personality Disorders. Theory, Research, And Treatment (Manual De Trastornos De La Personalidad) *Revista De Psicoanálisis, Noviembre N° 15* [En red]. www.aperturas.org/18sanmiguel.html
- Sánchez, H., y Reyes, C. (2002). *Metodología Y Diseños En La Investigación Científica*. Lima: Editorial Universitaria.
- Sánchez R., Orejarena S. Y Guzmán Y. (2004). Características De Los Suicidas En Bogotá: 1985-2000. *Revista Salud Pública Noviembre 2004*. 6(3). [En red] www.redalyc.usmed.mx/redaley
- Sánchez R. (2003). Theodore Millon, Una Teoría De La Personalidad Y Su Patología. *Revista de Psicología de la Universidad San Francisco, Psico-USF*, 8(2) 163-173.
- Santo-Domingo J., Baca E., Carrasco J. Y García-Camba E. (2002). *Manual De Psiquiatría*. Barcelona: Psiquiatría Editores S.L. Ars Médica.
- Sarason I. Y Sarason B. (1993). *Psicología Anormal. El Problema De La Conducta Inadaptada*. México: Ed. Prentice Hall Hispanoamericana SA. 7° Ed.
- Schultz D. Y Schultz S. (2002). *Teorías De La Personalidad*. México: Ed. Thomson.
- Sivak R. Y Wiater A. (1997). *Alexitimia, La Dificultad Para Verbalizar Afectos. Teoría Y Clínica*. Argentina: Ed. Paidós.
- Solís C. (2005). Características Sociodemográficas Y De Personalidad En Una Muestra De Pacientes Hospitalizados Con Intento De Suicidio. *Archivos Peruanos De Psiquiatría Y Salud Mental*, 6(2) 33-43.
- Tamayo M. (1994). *Diccionario De La Investigación Científica*. México: Ed Limusa. 2° Ed.
- Toscano S. (1998). Alexitimia: Características E Implicaciones Terapéuticas. Informe De Un Caso Clínico. *Revista Sanidad Militar Mexicana*, 52(4) 216-219. [En red] www.imbiomed.com.mx/sanidad/inicio.html

- Tuesca R. Y Navarro E. (2003). Factores De Riesgo Asociados Al Suicidio E Intento De Suicidio. *Salud Uninorte*. Barranquilla, 17: 19-28. [En red] www.uninorte.edu.pe.co/publicaciones/secciones.asp
- Turó P. (1997). Trastornos De Personalidad. En Toro R. Y Yepes L. (Eds.). *Fundamentos De Medicina: Manual De Psiquiatría*. (pp.239-256) Medellín: Ed. Corporación Para Investigaciones Biológicas 3° Ed.
- Ulich D. (1985). *El Sentimiento. Introducción A La Psicología De La Emoción*. Barcelona: Ed. Herder.
- Valdés M. (2002). Trastornos De Personalidad. En Vallejo J. (Dir.). *Introducción A La Psicopatología Y La Psiquiatría*. (pp. 565-575) Barcelona: Ed. Masson. 5° Ed.
- Vásquez F. (2005). La Influencia De Los Medios De Comunicación En La Conducta Suicida. En Jornadas Institucionales “Raúl Díaz Sifuentes”. CD-ROM. Lima Instituto Especializado De Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”.
- Vega E., Suárez C. Y Noya N. (2005). Factores Predisponentes De La Conducta Suicida En Pacientes Atendidos En El Hospital Universitario Japonés. *Revista De La Sociedad Cruceña De Medicina Interna*. Santa Cruz De La Sierra, Bolivia. Septiembre 2005, 1(1) 58-62. [En red] www.sobolmi.org
- Velasco C. (2000). Personalidad Y Alexitimia. En Páez D. Y Casullo M. (Comp.) *Cultura Y Alexitimia. ¿Cómo Expresamos Aquello Que Sentimos?*. (pp. 15-33) Argentina: Ed. Paidós.
- Vílchez L. (2000). Relación Entre Red Social E Intentos Suicidas En Pacientes Que Acuden Al Servicio De Emergencia De Un Hospital Psiquiátrico. *Archivos Peruanos De Psiquiatría Y Salud Mental*, 4(1) 33-50.
- Williams J. (1995). Clasificación Psiquiátrica. En R. Hayes, S. Yudofski y J. Talbott (Eds.). *Tratado De Psiquiatría*. (pp. 231-257) Barcelona: Ancora 1996
- Young P. (1979). *Como Comprender Mejor Nuestros Sentimientos Y Emociones*. México: Ed. Manual Moderno.

ANEXOS

ANEXO A

FICHA DE DATOS

SOCIODEMOGRÁFICOS

FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

EDAD: ____ SEXO: _____ GR. DE INST: _____ EST CIVIL: _____

PROCEDENCIA: _____ OCUPACIÓN: _____

HA INTENTADO SUICIDARSE: SI ____ NO ____ HACE CUANTO: _____

Motivo de intento:

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Sentimental | <input type="radio"/> Enfermedad |
| <input type="radio"/> Familiar | <input type="radio"/> Otros _____ |
| <input type="radio"/> Económico | |

Método utilizado en intento: _____

Preparación activa del intento:

- ☐ Ninguna
- ☐ Mínima o moderada
- ☐ Importante

Nota suicida:

- ☐ Ninguna
- ☐ Nota escrita, rota, no terminada, pensó escribirla
- ☐ Presencia de nota

Propósito supuesto del intento:

- ☐ Manipular a otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza.
- ☐ Componentes del punto anterior y del siguiente
- ☐ Escapar de la vida.

Actitud ante el vivir / morir:

- ☐ No quería morir
- ☐ Componentes del punto anterior y del siguiente
- ☐ Quería morir

Grado de premeditación:

- ☐ Ninguno, impulsivo
- ☐ Suicidio contemplado por 3 horas antes del intento
- ☐ Suicidio contemplado por >3 horas antes del intento

Reacción frente al intento:

- ☐ Arrepentido, sentimientos de ridículo, vergüenza
- ☐ Acepta tanto el intento como su fracaso
- ☐ Rechaza el fracaso del intento

Número de intentos de suicidio previos:

- ☐ Ninguno
- ☐ 1 ó 2
- ☐ 3 ó más

Tiempo contemplando idea suicida: _____

ANEXO B

ESCALA DE ALEXITIMIA

DE TORONTO TAS-20

Identificación **Fecha**

Señale el grado en que estas características se ajustan a su modo de ser habitual.

Conteste lo más sinceramente posible, según los siguientes criterios:

A: Muý en desacuerdo **B:** En desacuerdo **C:** Ligeramente en desacuerdo
D: Ligeramente de acuerdo **E:** De acuerdo **F:** Muy de acuerdo

	A	B	C	D	E	F
1.- A menudo estoy confuso con las emociones que estoy sintiendo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.- Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.- Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.- Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.- Prefiero analizar los problemas mejor que sólo describirlos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.- Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustado o entadado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.- A menudo estoy confundido con las sensaciones de mi cuerpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.- Prefiero dejar que las cosas sucedan solas, mejor que preguntarme por qué suceden de ese modo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.- Tengo sentimientos que casi no puedo identificar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.- Estar en contacto con las emociones es esencial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.- Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.- La gente me dice que exprese más mis sentimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.- No sé qué pasa dentro de mí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.- A menudo no sé por qué estoy entadado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.- Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que de sus sentimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.- Prefiero ver espectáculos simples, pero entretenidos, que dramas psicológicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.- Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos más íntimos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.- Puedo sentirme cercano a alguien, incluso en momentos de silencio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.- Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.- Buscar significados ocultos a películas o juegos disminuye el placer de disfrutarlos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TOTAL:

ANEXO C

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL

DE MILLON MCMI II



INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON (II)

MCMII - II

TH. MILLON

INSTRUCCIONES

1. Anote todas sus contestaciones en la hoja de respuestas que se le ha facilitado. **NO ESCRIBA NADA EN ESTE CUADERNILLO.**
2. Para contestar en la hoja de respuestas utilice un **LÁPIZ** blando que escriba en color **NEGRO** y disponga de una goma de borrar para hacer las correcciones, cuando sea necesario.
3. Las páginas siguientes contienen una serie de frases usuales o expresiones que las personas suelen utilizar para describirse a sí mismas. Sirven para ayudarle de describir sus sentimientos y actitudes. **SEA LO MÁS SINCERO POSIBLE.**
4. No se preocupe si algunas cuestiones o frases le parecen extrañas, están incluidas para describir los diferentes problemas que puede tener la gente.
5. A continuación tiene dos ejemplos para que vea la forma de contestar en la Hoja de respuestas. **SI ESTÁ DE ACUERDO** con una frase o piensa que describe su forma de ser, **RELLENE COMPLETAMENTE EL ESPACIO** correspondiente a la letra “**V**” (verdadero). Si por el contrario la frase no refleja ni caracteriza su forma de ser, **RELLENE COMPLETAMENTE EL ESPACIO** de letra “**F**” (falso). Así:

1. “Soy un ser humano”
Como esta frase es verdadera para Ud. se ha rellenado
Completamente el espacio de la letra V (verdadero)

2. “Mido más de tres metros”
Esta frase es falsa para Ud. por lo que se ha rellenado
Completamente el espacio de la letra F (falso)

Hoja de Respuestas

	V	F
1.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	V	F
2.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

6. Procure responder a todas las frases aunque no esté completamente seguro. Es mejor contestar a todas pero si no es capaz de decidirse, debe rellenar el espacio de la letra F (falso).
7. Si se equivoca o quiere cambiar alguna respuesta, borre primero la respuesta equivocada y luego rellene el otro espacio.
8. No hay límite de tiempo para contestar todas las frases, pero lo mejor es hacerlo con rapidez.

NO ABRA ESTE CUADERNILLO HASTA QUE SE LO INDIQUEN.

1. Actúo siempre según mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan que haga.
2. He encontrado siempre más cómodo hacer las cosas solo, tranquilamente que hacerlas con otros.
3. Hablar con la gente ha sido casi siempre difícil y desagradable para mí.
4. Creo que tengo que ser enérgico y decidido en todo lo que hago.
5. Desde hace algunas semanas me pongo a llorar incluso cuando la menor cosa me sale mal.
6. Algunas personas piensan que soy vanidoso o egocéntrico.
7. Cuando era adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
8. Tengo siempre la impresión de no ser aceptado en un grupo.
9. Frecuentemente critico a la gente que me molesta.
10. Me encuentro a gusto siguiendo a los demás.
11. Me gusta hacer tantas cosas diferentes que no sé por donde empezar.
12. Algunas veces puedo ser bastante duro o mezquino con mi familia.
13. Tengo poco interés en hacer amigos.
14. Me considero una persona muy sociable o extravertida.
15. Sé que soy una persona superior a los demás y por eso no me preocupa lo que piensen.
16. La gente nunca ha apreciado suficientemente las cosas que he hecho.
17. Tengo problemas con la bebida que he intentado solucionar sin éxito.
18. Últimamente siento un nudo en el estómago y me invade un sudor frío.
19. Siempre he querido permanecer en un segundo plano en las actividades sociales.
20. A menudo hago cosas sin ninguna razón, sólo porque pueden ser divertidas.
21. Me molesta mucho la gente que no es capaz de hacer las cosas bien.
22. Si mi familia me obliga o presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.
23. Muchas veces pienso que me deberían castigar por las cosas que he hecho.
24. La gente se ríe de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
25. Los demás parecen más seguros que yo sobre lo que son y lo que quieren.
26. Soy propenso a tener explosiones de llanto o cólera sin tener motivo.
27. Desde hace uno o dos años he comenzado a sentirme sólo y vacío.
28. Tengo habilidad para “dramatizar” las cosas.
29. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
30. Disfruto en situaciones de intensa competitividad.
31. Cuando entro en crisis busco en seguida alguien que me ayude.
32. Me protejo de los problemas no dejando que la gente sepa mucho sobre mí.

33. Casi siempre me siento débil y cansado.
34. Otras personas se enfadan mucho más que yo por las cosas molestas.
35. A menudo mi adicción a las drogas me ha causado en el pasado bastantes problemas.
36. Últimamente me encuentro llorando sin ningún motivo.
37. Creo que soy una persona especial, que necesita que los demás me presten una atención especial.
38. Nunca me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.
39. Una buena forma de conseguir un mundo en paz es fomentar los valores morales de la gente.
40. En el pasado he mantenido relaciones sexuales con muchas personas que no significan nada especial para mí.
41. Me resulta difícil simpatizar con la gente que se siente siempre insegura con todo.
42. Soy una persona muy agradable y dócil.
43. La principal causa de mis problemas ha sido mi "mal carácter".
44. No tengo inconveniente en forzar a los demás a hacer lo que yo quiero.
45. En los últimos años, incluso las cosas sin importancia parecen deprimirme.
46. Mi deseo de hacer las cosas lo más perfecta posible, muchas veces enlentece mi trabajo.
47. Soy tan callado y retraído que la mayoría de la gente no sabe ni que existo.
48. Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.
49. Soy una persona tranquila y temerosa.
50. Soy muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.
51. Me pongo muy nervioso cuando pienso en los acontecimientos del día.
52. Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
53. Últimamente me siento sin fuerzas, incluso por la mañana.
54. Hace algunos años que he comenzado a sentirme un fracasado.
55. No soporto a las personas "sabihondas" que lo saben todo y piensan que pueden hacer cualquier cosa mejor que yo.
56. He tenido siempre miedo a perder el afecto de las personas que más necesito.
57. Parece que me aparto de mis objetivos, dejando que otros me adelanten.
58. Últimamente he comenzado a sentir deseos de tirar y romper cosas.
59. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.
60. Siempre estoy buscando en hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
61. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
62. El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.
63. Le gusto a muy poca gente.
64. Si alguien me criticase por cometer algún error, rápidamente le reprocharía sus propios errores.

65. Algunas personas dicen que disfruto sufriendo.
66. Muchas veces expreso mi rabia y mal humor, y luego me siento terriblemente culpable por ello.
67. Últimamente me siento nervioso y bajo una terrible tensión sin saber por qué.
68. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
69. Creo que hay personas que utilizan la telepatía para influir en mi vida.
70. Tomar las llamadas drogas “ilegales” puede ser indeseable o nocivo, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.
71. Me siento continuamente muy cansado.
72. No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme.
73. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
74. Nunca perdono un insulto ni olvido una situación molesta que alguien me haya provocado.
75. Debemos respetar a nuestros mayores y no creer que sabemos más que ellos.
76. Me siento muy triste y deprimido la mayor parte del tiempo.
77. Soy la típica persona de la que los otros se aprovechan.
78. Siempre hago lo posible por complacer a los demás incluso si ellos no me gustan.
79. Durante muchos años he pensado seriamente en suicidarme.
80. Me doy cuenta enseguida cuando la gente intenta crearme problemas.
81. Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.
82. No comprendo por qué, pero parece que disfruto haciendo sufrir a los que quiero.
83. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
84. Estoy dispuesto a luchar hasta el final antes de que nadie obstruya mis intereses y objetivos.
85. Desde niño siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.
86. Cuando las cosas son aburridas me gusta provocar algo interesante.
87. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mí y a mi familia.
88. Si alguien necesita hacer algo que requiera mucha paciencia, debería contar conmigo.
89. Probablemente tengo las ideas más creativas de entre la gente que conozco.
90. No he visto ningún coche en los últimos diez años.
91. No veo nada incorrecto en utilizar a la gente para conseguir lo que quiero.
92. El que me castiguen nunca me ha frenado de hacer lo que he querido.
93. Muchas veces me siento muy alegre y animado sin ningún motivo.
94. Siendo adolescente, me fugué de casa por lo menos una vez.

95. Muy a menudo digo cosas sin pensarlas y luego me arrepiento de haberlas dicho.
96. En las últimas semanas me he sentido exhausto, agotado, sin un motivo especial.
97. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
98. Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez, y no consigo olvidarlas.
99. En los dos últimos años me he vuelto muy desanimado y triste sobre la vida.
100. Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.
101. No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles para hacer sufrir a los demás.
102. Odio o tengo miedo de la mayor parte de la gente.
103. Expreso mi opinión sobre las cosas sin que me importe lo que otros puedan pensar.
104. Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es probable que lo eluda o que lo haga intencionalmente mal.
105. En el pasado el hábito de abusar de las drogas me ha hecho no acudir al trabajo.
106. Estoy siempre dispuesto a ceder ante los otros para evitar disputas.
107. Con frecuencia estoy irritable y de mal humor.
108. Últimamente ya no tengo fuerzas para luchar ni para defenderme.
109. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
110. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden.
111. Utilizo mi atractivo para conseguir la atracción de los demás.
112. Cuando estoy solo, a menudo noto la fuerte presencia de alguien cercano que no puede ser visto.
113. Me siento desorientado, sin objetivos y no sé hacia donde voy en la vida.
114. Últimamente he sudado mucho y me he sentido muy tenso.
115. A veces siento como si necesitase hacer algo para hacerme daño a mí mismo o a otros.
116. La ley me ha castigado injustamente por delitos que nunca he cometido.
117. Me he vuelto muy sobresaltado y nervioso en las últimas semanas.
118. Sigo teniendo extraños pensamientos de los que desearía poder librarme.
119. Tengo muchas dificultades para controlar el impulso de beber en exceso.
120. Mucha gente piensa que no sirvo para nada.
121. Puedo llegar a estar muy excitado sexualmente cuando discuto o peleo con alguien a quien amo.
122. Durante años he conseguido mantener en el mínimo mi consumo de alcohol.
123. Siempre pongo a prueba a la gente para ver hasta donde son de confianza.
124. Incluso cuando estoy despierto parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
125. Me resulta fácil hacer nuevos amigos.

126. Me aseguro siempre de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
127. Con mucha frecuencia oigo cosas con tanta claridad que me molestan.
128. Mis estados de ánimo parecen cambiar de un día para otro.
129. No culpo a quien que se aproveche de alguien que se lo permite.
130. He cambiado de trabajo por lo menos más de tres veces en los últimos dos años.
131. Tengo muchas ideas muy avanzadas para los tiempos actuales.
132. Me siento muy triste y melancólico últimamente y parece que no puedo superarlo.
133. Creo que siempre es mejor buscar ayuda para lo que hago.
134. Muchas veces me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
135. Realmente me molesta la gente que espera que haga lo que yo no quiero hacer.
136. En los últimos años me he sentido tan culpable que puedo hacer algo terrible contra mí.
137. Cuando estoy en una fiesta o reunión nunca me quedo al margen.
138. La gente me dice que soy una persona íntegra y moral.
139. Algunas veces me siento confuso y preocupado cuando la gente es muy amable conmigo.
140. El problema de usar drogas “ilegales” me ha causado discusiones con mi familia.
141. Me siento muy incómodo con personas del otro sexo.
142. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.
143. No me importa que la gente no se interese por mí.
144. Francamente miento con mucha frecuencia para salir de dificultades o problemas.
145. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
146. Algunos han tratado de dominarme, pero he tenido fuerza de voluntad para superarlo.
147. Mis padres me decían con frecuencia que no era bueno.
148. A menudo la gente se irrita conmigo cuando les doy órdenes.
149. Tengo mucho respeto por los que tienen autoridad sobre mí.
150. No tengo casi ningún lazo íntimo con los demás.
151. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y que me apasionaba por demasiadas cosas.
152. En el último año he cruzado el Atlántico más de treinta veces.
153. Estoy de acuerdo con el refrán “Al que madruga Dios le ayuda”.
154. Me merezco el sufrimiento que he padecido a lo largo de mi vida.
155. Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida, muchas veces han oscilado entre amarlas y odiarlas.
156. Mis padres nunca se ponían de acuerdo entre ellos.
157. En alguna ocasión he bebido diez copas o más sin llegar a emborracharme.

- 158. Cuando estoy en una reunión social, en grupo casi siempre me siento tenso y controlado.
- 159. Tengo en alta estima las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.
- 160. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.
- 161. Rara vez me emociono mucho con algo.
- 162. Habitualmente he sido un andariego inquieto, vagando de un sitio a otro sin tener idea de donde terminaría.
- 163. No soporto a las personas que llegan tarde a las citas.
- 164. Gente sin escrúpulos intenta con frecuencia aprovecharse de lo que yo he realizado o ideado.
- 165. Me irrita mucho que alguien me pida que haga las cosas a su modo en vez de al mío.
- 166. Tengo habilidad para tener éxito en casi todo lo que hago.
- 167. Últimamente me siento completamente destrozado.
- 168. A la gente que quiero, parece que la animo a que me hiera.
- 169. Nunca he tenido pelo, ni en mi cabeza ni en mi cuerpo.
- 170. Cuando estoy con otras personas me gusta ser el centro de atención.
- 171. Personas que en un principio he admirado grandemente, más tarde me han defraudado al conocer la realidad.
- 172. Soy el tipo de persona que puede abordar a cualquiera y echarle una bronca.
- 173. Prefiero estar con gente que me protegerá.

174. He tenido muchos períodos en mi vida que he estado tan animado y he derrochado tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.

175. En el pasado he tenido dificultades para abandonar el abuso de drogas y de alcohol.

FIN DE LA PRUEBA.

**COMPRUEBE, POR FAVOR, QUE
NO HA DEJADO NINGUNA FRASE
SIN CONTESTAR**

ANEXO D

**Constancia Emitida Por El Comité Institucional De
Ética En La Investigación Del Hospital Nacional
Cayetano Heredia**

CONSTANCIA

EL PRESIDENTE DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN LA
INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA,

CERTIFICA:

Que el Proyecto de Investigación titulado: *"Relación entre Estilos de Personalidad Patológica y Alexitimia en Pacientes con Antecedentes de Intento Suicida"*, inscrito con código N° 047-06 presentado por la Bach. Ps. Jenny Raquel Torres Malca, Investigadora Principal, ha sido revisado y APROBADO por este Comité, en sesión de fecha 07 de setiembre del 2006.

Esta aprobación tendrá vigencia hasta el 07 de setiembre del 2007. Los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días antes de su vencimiento.

Lima, 18 de setiembre del 2006.


Dr. Javier Cieza Zevallos
Presidente
Comité Institucional de Ética
en la Investigación del
Hospital Nacional Cayetano Heredia

ANEXO E

Consentimiento Informado



CONSTANCIA

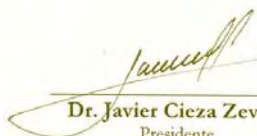
EL PRESIDENTE DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN LA
INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA,

CERTIFICA:

Que el Consentimiento Informado del Proyecto de Investigación titulado: *"Relación entre Estilos de Personalidad Patológica y Alexitimia en Pacientes con Antecedentes de Intento Suicida"*, inscrito con código N° 047-06 presentado por la Bach. Ps. Jenny Raquel Torres Malca, Investigadora Principal, ha sido revisado y APROBADO por este Comité, en sesión de fecha 07 de setiembre del 2006.

Esta aprobación tendrá vigencia hasta el 07 de setiembre del 2007. Los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días antes de su vencimiento.

Lima, 18 de setiembre del 2006.


Dr. Javier Cieza Zevallos
Presidente
Comité Institucional de Ética
en la Investigación del
Hospital Nacional Cayetano Heredia

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: "Relación Entre Estilos De Personalidad Patológica Y Alexitimia En Pacientes Con Antecedentes De Intento Suicida"

La presente entrevista tiene como finalidad recoger información para una investigación que se está realizando, acerca de las circunstancias que influyen en las persona para optar la decisión de suicidarse. La información que se recoja durante esta entrevista, será utilizada en el marco de esta investigación, y los resultados individuales no serán transmitidos a ninguna instancia u organización sin el consentimiento del entrevistado. Los resultados globales de la evaluación serán compartidos solo con las instancias estrictamente relacionadas con este estudio.

Durante esta investigación le solicito a usted responder de manera sincera las escalas que se le presentan. En caso de tener alguna consulta le agradecería ponerse en contacto con la responsable de la investigación Bach. Psic. Jenny Raquel Torres Malca, teléfono: 99250238, o con el Dr. Javier Cieza Zevallos, Presidente del Comité Institucional de Ética en la Investigación del Hospital Cayetano Heredia al teléfono: 4819502.

Yo, _____ acepto participar voluntariamente en esta entrevista y colaborar con la investigación, teniendo pleno conocimiento de los fines de este estudio, según lo explicado por la señorita investigadora.

Lima, de del



Firma: _____

DNI: _____

